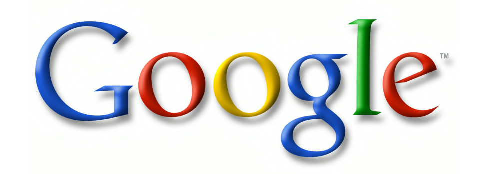
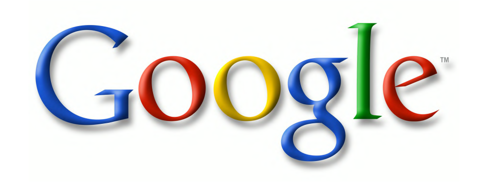
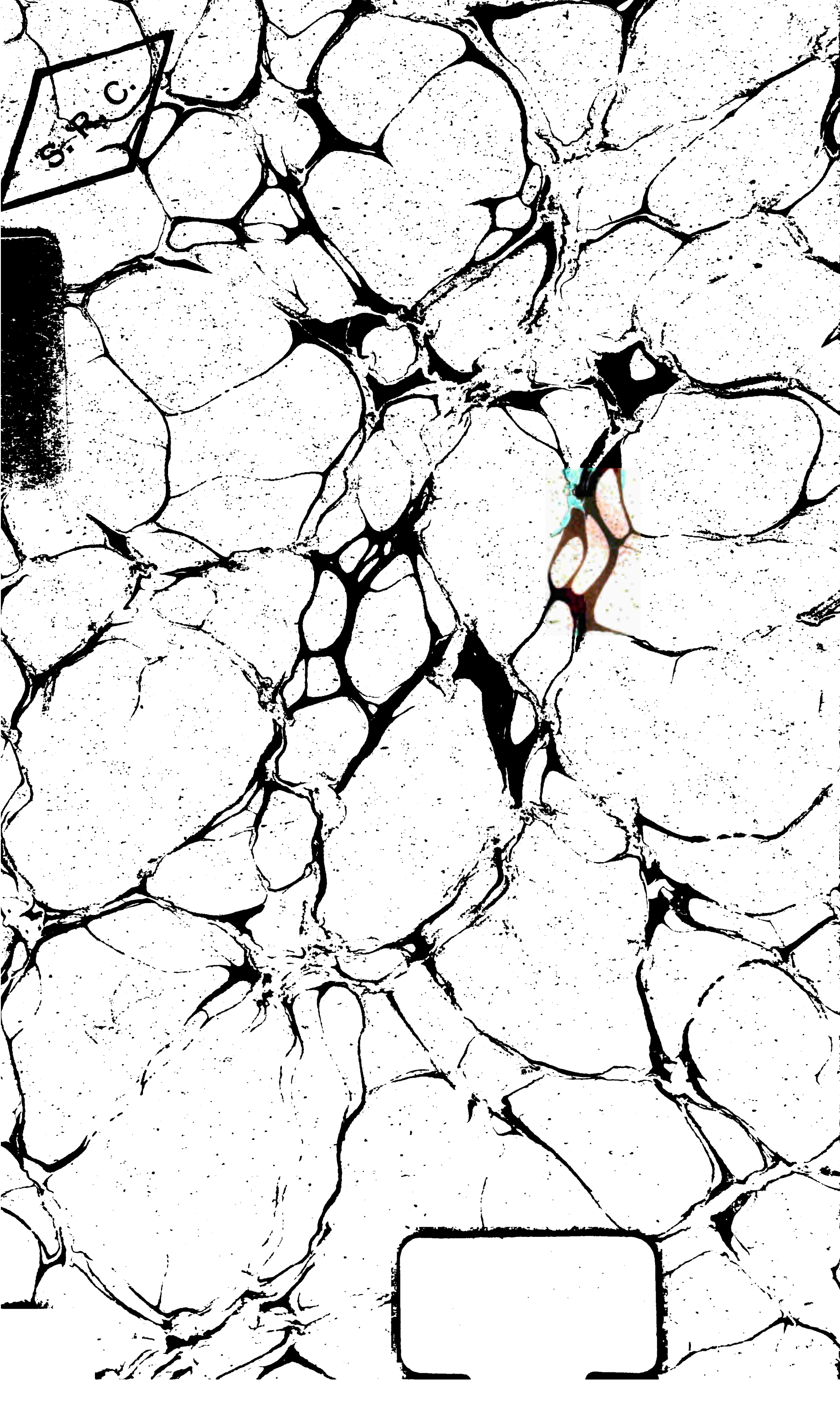
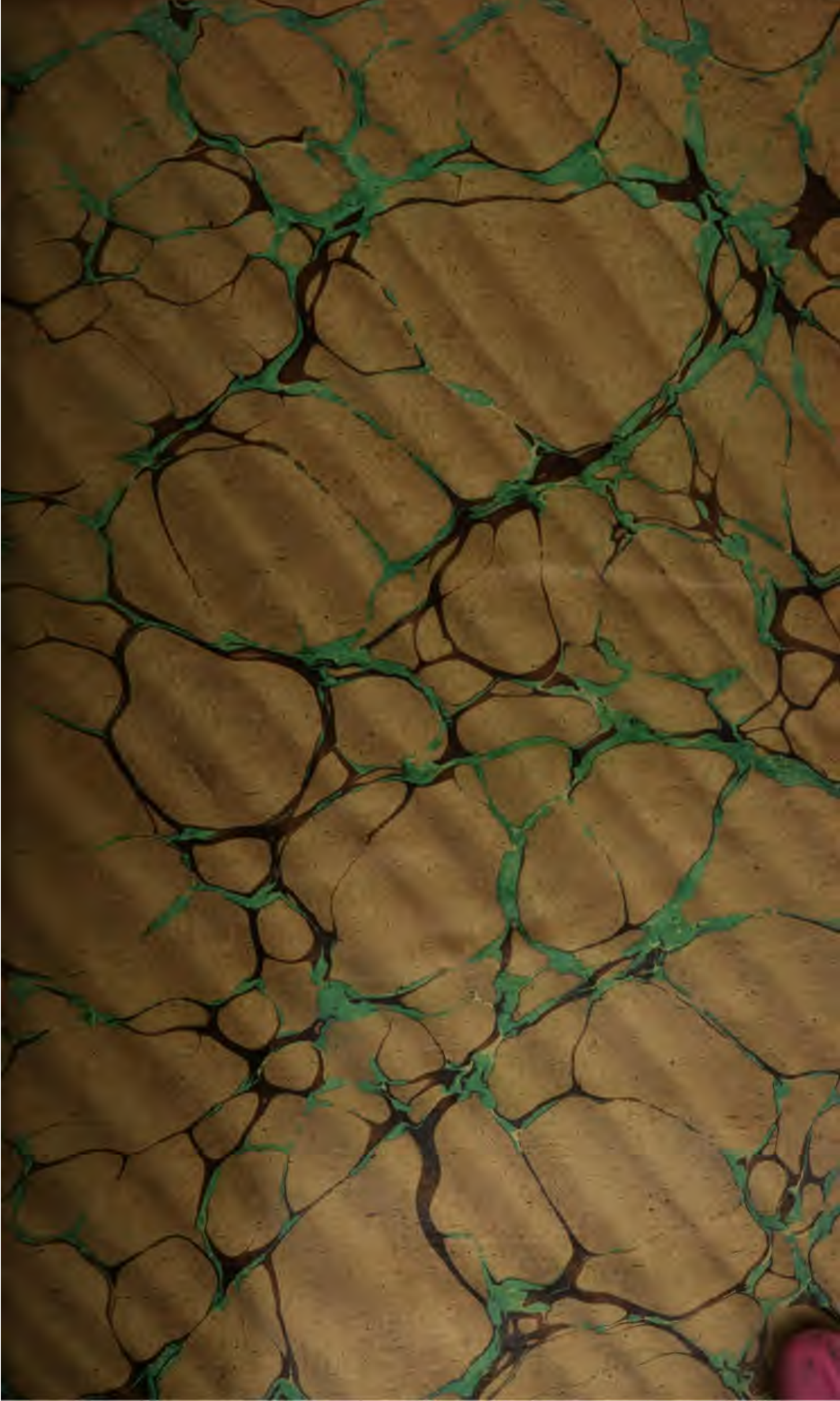
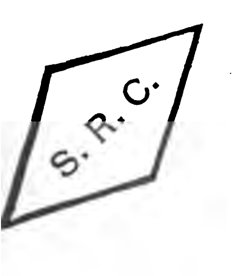





S.R.C.




S. R. C.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

TOME V

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE

ET

DE PÆDIATRIE

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR MM.

Henri VARNIER ET **Paul LE GENDRE**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de la Maternité de Lariboisière
Chef de clinique d'accouchements à la Faculté

Médecin des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté
pour les maladies des Enfants

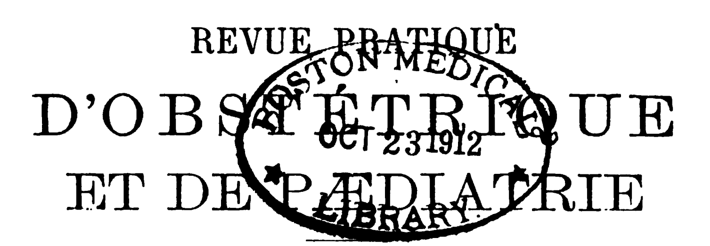
TOME V

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892


REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE PÆDIATRIE

Janvier 1892

SOMMAIRE :

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Sous ce titre nous décrirons l'extraction du fœtus au travers d'une double incision pratiquée à la paroi abdominale et à la paroi utérine, et intéressant le péritoine pariétal et viscéral. C'est dire que nous laissons volontairement de côté la gastro-élytrotomie : extraction du fœtus après laparotomie, décollement du péritoine et incision extrapéritonéale du vagin, du col et du segment inférieur de l'utérus.

Ainsi comprise, l'opération césarienne peut être pratiquée de deux façons très différentes que nous distinguerons ainsi qu'il suit :

L'opération césarienne conservatrice, avec suture de l'utérus ;

L'opération césarienne suivie de l'extirpation de l'utérus et des annexes, ou opération de Porro.

Nous allons d'abord décrire successivement chacun de ces procédés, après quoi nous chercherons à faire partager à nos lecteurs notre prédilection pour le second, c'est-à-dire pour l'opération de Porro.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE AVEC SUTURE DE L'UTÉRUS

C'est à tort que l'on donne à l'opération césarienne conservatrice telle qu'on la pratique actuellement le nom d'opération de Sänger; mais c'est à juste titre qu'il faut rapporter à Sänger, de Leipzig (1882), la réhabilitation, la renaissance de cette opération qui, à Paris par exemple, depuis 1787, n'avait pas été une seule fois suivie de succès et dont la mortalité générale atteignait, en 1882, le chiffre effroyable de 50 0/0. Sänger a montré que par l'antisepsie rigoureuse et l'affrontement exact de la plaie utéro-péritonéale il était possible d'atténuer dans des proportions considérables, la mortalité de l'opération césarienne.

Il a prêché d'exemple, encouragé nombre d'accoucheurs à pratiquer une opération devant laquelle presque tous reculaient. Il en est résulté qu'en quelques années la césarienne conservatrice a pu se poser en rivale de l'embryotomie sur le fœtus vivant. C'est là qu'est le titre de Sänger à la reconnaissance des accoucheurs et non

pas dans la découverte du procédé spécial de suture séro-séreuse qu'il a préconisé et qui est aujourd'hui généralement abandonné.

On ne sera donc pas étonné de nous voir emprunter à un autre qu'à Sänger la description du manuel opératoire de la césarienne conservatrice.

Deux autres noms méritent d'être rapprochés de celui de Sänger dans cette introduction : le nom de Müller qui a montré qu'on pouvait, en attirant l'utérus hors du ventre avant de l'inciser, se mettre à l'abri de l'irruption du liquide amniotique dans le péritoine ; celui de Litzmann qui a, en proposant d'appliquer sur le segment inférieur de l'utérus, un lien élastique provisoire modérément serré, paré aux dangers redoutables de l'hémorrhagie immédiate.

Ainsi qu'on va pouvoir s'en assurer, l'opération est devenue, grâce à ces différents perfectionnements, plus simple, plus facile, moins dangereuse qu'auparavant.

J'exposerai successivement le manuel opératoire et les résultats de l'opération césarienne conservatrice d'après les documents publiés par Léopold, directeur de l'Institut obstétrical de Dresde.

Je dois tout d'abord donner à mes lecteurs les raisons de ce choix.

Dresde possède, depuis 1869, un Institut obstétrical qui, en partie reconstruit en 1874, à la suite d'un incendie, a été doté par un architecte compétent, et à l'instigation des professeurs directeurs qui l'habitent, de tous les raffine-

ments du confort contemporain et de tous les perfectionnements exigés par la pratique antiseptique ; en un mot, un type de clinique modèle.

C'est dans ce milieu particulièrement favorable à la pratique des grandes opérations abdominales, dans une ville plus riche qu'aucune autre en viciations pelviennes et en viciations prononcées, avec un courant annuel d'environ 1300 accouchements, que le professeur Léopold, entraîné à la laparotomie par une pratique presque quotidienne, a pu, en sept ans, trouver l'occasion de faire 28 opérations césariennes conservatrices (dont 22 dans ces quatre dernières années). Nul autre accoucheur à l'heure actuelle ne peut fournir pareille contribution personnelle à l'étude de la question qui nous occupe ; nul autre n'a réduit autant, pour une série aussi importante, le chiffre de la mortalité opératoire, ni davantage la léthalité de l'opération concurrente, la crâniotomie. Nous ne pouvions donc trouver de documents plus topiques que ceux qu'a publiés le directeur de la clinique de Dresde.

Manuel opératoire. — Les différents temps de l'acte opératoire sont conçus de façon à laisser à l'opérateur toute sa liberté d'esprit et d'action pour la rapide extraction de l'enfant, pour la toilette minutieuse de la cavité utérine, et par-dessus tout pour la suture qui, en assurant la réunion exacte et rapide de la plaie viscérale, est une des grandes causes de succès de la césarienne moderne.

Pour cela Léopold se prémunit : contre l'issue de l'intes-

tin, en sortant du ventre l'utérus encore intact derrière lequel il clôt aussitôt la plaie abdominale par des sutures provisoires ; contre l'hémorrhagie qui suit l'évacuation de l'utérus incisé, en plaçant sur le col une ligature élastique.

Il est banal de répéter que l'antisepsie la plus parfaite doit présider à tout l'acte opératoire ; il l'est moins de revenir à satiété sur les minuties qui assurent cette perfection.

1° *Les préparatifs.* — La parturiente reçoit d'abord un grand bain ; le ventre et les organes génitaux externes sont savonnés, rasés et lavés à fond avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ; la vessie et l'intestin sont vidés. Les explorations vaginales ayant été réduites au strict nécessaire et faites, autant que possible, par une seule personne, le vagin et le col de l'utérus sont nettoyés avec une solution phéniquée à 5 pour 100 et tamponnés à la gaze iodoformée.

2° *Les aides.* — Outre le chloroformiste, trois aides assistent l'opérateur qui se tient debout à droite de l'opérée. L'aide principal (le premier assistant) lui fait face et, en cas de besoin, s'occupe de l'enfant si celui-ci est extrait en état de mort apparente. Un second, également placé en face et un peu de côté, passe les instruments ; on le choisit vif et adroit, car l'opération doit marcher sans arrêt ; une sage-femme est exclusivement chargée des éponges. Quand tout le monde est paré, l'opération est répétée une dernière fois à blanc dans ses plus petits détails, de façon que chacun sache exactement ce qu'il aura à faire.

3° *Les instruments et l'antisepsie.* — Les instruments, le matériel de ligature, les éponges sont préparés quelque temps à l'avance dans la solution phéniquée à 5 0/0. Comme instruments il n'est besoin que d'un bistouri, deux pinces à disséquer, un tube de caoutchouc plein du calibre du petit doigt, six pinces à forcipressure, un porte-aiguille, de grosses et de fines aiguilles courbes, des ciseaux.

Pour les sutures il faut : de la soie phéniquée pour la suture abdominale ; du catgut chromique pour les sutures utérines, savoir du gros (8 grosses aiguilles montées d'avance) pour les profondes, du fin (une seule petite aiguille avec un long fil) pour la superficielle.

On voit que le professeur Léopold a renoncé à la suture utérine au fil d'argent, recommandée au début par Säenger, qu'il avait employée lors de ses premières opérations. C'est qu'il a pu se convaincre, par l'examen de la cicatrice utérine, soit au travers de la paroi abdominale, soit à nu lors d'une seconde opération pratiquée chez la même femme à quelques années de distance, qu'elle présentait de graves inconvénients. Si le plus souvent ces sutures sont rapidement encapsulées par des adhérences avec la paroi, l'épiploon et l'intestin, elles nuisent néanmoins, en tant que corps étranger dont l'utérus cherche sans cesse à se débarrasser, à la restauration immédiate des fibres musculaires et aux fonctions ultérieures de l'utérus (menstruation et grossesse). Elles sont en outre dangereuses pour les organes voisins, surtout pour la paroi postérieure de la vessie. Ainsi Léopold a pu voir, lors d'une

seconde césarienne faite sur la même femme, les anciens fils faire une telle saillie que les doigts s'y blessaient aisément; en quelques points leur extrémité profonde saillait de même dans la cavité utérine.

Avec le catgut chromique, rien de tout cela. On ne peut retrouver trace des sutures, la cicatrice est lisse. Ce matériel de suture ne saurait entraver la cicatrisation; il est moins capable de produire un amincissement dangereux de la paroi utérine et n'irrite pas la paroi vésicale.

Pour réaliser l'antisepsie vraie de l'opérateur et de ses aides, qui portent tous des blouses sans manches, complètement fermées par devant, Léopold tient la main à l'observation rigoureuse de son règlement de désinfection :

a) Nettoyer le sinus unguéal avec la pointe des ciseaux et un canif.

b) Laver dans l'eau chaude, à la brosse et au savon, *au moins pendant cinq minutes*, les mains (en portant spécialement son attention sur les ongles et la face interne des doigts) et les avant-bras jusqu'à l'articulation du coude.

c) Recommencer le même lavage énergique, *pendant trois minutes au moins*, au savon et à la brosse, dans une solution de sublimé à 1/1000 réchauffée par addition d'eau bouillie.

d) Enfin immerger les mains pendant une démi-minute dans la solution pure de sublimé à 1 pour 1000.

De plus, au cours de l'opération, le chirurgien et ses aides se brossent les mains à maintes reprises dans une cuvette placée en permanence à leur portée et contenant du sublimé au 1/1000.

Opération proprement dite. — La narcose étant parfaite, on ausculte avec grand soin les battements du cœur fœtal, et l'acte opératoire commence par une longue incision abdominale médiane. Dès qu'elle a divisé toutes les couches et que la cavité péritonéale est ouverte, 5 ou 6 sutures provisoires sont placées à son angle supérieur; les chefs en sont laissés longs et flottants de chaque côté. Ce n'est pas le moment de les nouer.

Il faut d'abord sortir l'utérus du ventre, l'énucléer pour ainsi dire, tandis qu'à mesure l'aide maintient au contact les lèvres de la plaie abdominable. L'utérus basculé en dehors et maintenu vertical, est confié à l'assistant, tandis que, par derrière, l'opérateur ferme la cavité abdominale en nouant les sutures provisoires. Il va continuer maintenant hors du ventre.

Le tube de caoutchouc est passé lâchement autour du col utérin ou plutôt du segment inférieur, et ses extrémités croisées sont fixées provisoirement à l'aide d'une pince. En le serrant tout à l'heure on assurera rapidement l'hémostase.

C'est le moment d'inciser l'utérus. Cette incision, longue d'environ $0^m,10$, commence en haut à égale distance des deux origines des trompes, et est poussée prudemment en profondeur jusqu'aux membranes (ou au placenta, s'il est inséré en avant). Puis l'œuf est ouvert.

Si le placenta est inséré sur la paroi antérieure, on passe aussitôt la main entre lui et la paroi utérine, pour le pousser de côté, déchirer les membranes au niveau de son bord, puis, comme dans le premier cas, saisir l'enfant par le membre le plus rapproché, l'attirer au dehors et le placer sur les genoux de la mère. Une sage-femme s'en occupera dorénavant.

Léopold déconseille absolument l'incision du placenta ou sa déchirure à la main pour extraire l'enfant au travers; on s'expose ainsi à une hémorrhagie grave et l'on compromet la vie de l'enfant.

Il arrive parfois que la tête résiste dernière; les deux mains du premier aide en faciliteront l'extraction en agissant comme les cuillers du forceps.

Aussitôt l'enfant hors de l'utérus, on tire solidement sur les chefs croisés du tube de caoutchouc, et on les noue.

L'hémorrhagie s'arrête. L'opérateur, libre de ce souci, va pouvoir s'occuper à loisir de la toilette et de la suture de l'utérus.

Léopold insiste beaucoup sur les avantages de cette ligature élastique provisoire dont on a beaucoup médit dans ces derniers temps. Il veut qu'on l'applique dans tous les cas. Si, en effet, il arrive souvent que, le placenta étant inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, l'hémorrhagie semble tout à fait insignifiante, il n'en est pas moins vrai que, pendant les 30 minutes qui vont s'écouler jusqu'à ce que la suture utérine soit parfaite, il s'écoule plus de sang qu'on ne le croit et qu'il n'est bon pour la parturiente.

Certains opérateurs parlent d'hémorrhagies graves à la suite de l'emploi du tube de caoutchouc. C'est sans doute, dit-il, parce qu'ils avaient produit, en serrant beaucoup trop leur ligature, une ischémie trop forte et parfaitement inutile. Il suffit de passer une seule fois le tube bien étendu autour du col, d'en croiser les extrémités et de les tenir rapprochées; on a ainsi une ischémie modérée, mais suffisante, qu'on peut faire cesser dès que les sutures profondes sont en place. Grâce à ces précautions, et sur les 25 opérations dont il a publié la relation détaillée, l'accoucheur de Dresde n'a jamais vu d'hémorrhagie secondaire inquiétante.

Si, cependant, on n'avait pu se procurer un tube de caoutchouc, on pourrait réaliser l'hémostase de la façon suivante. L'aide, saisissant à pleine main droite le col utérin, l'appliquerait contre la symphyse pubienne. Mais ce ne peut être qu'un pis-aller, car la main se fatigue vite, l'écoulement sanguin reste encore considérable dans les cas où le placenta est situé en avant, et enfin, l'aide cesse absolument d'être à la disposition de l'opérateur.

Délivrance et toilette de la cavité utérine. — L'utérus est là rétracté. Lentement on en extrait le placenta et les membranes, en veillant surtout à ce qu'il ne reste rien au niveau du col et de l'origine des trompes. On s'attache à enlever tous les lambeaux et tous les épaississements de la caduque à l'aide d'éponges plongées dans la solution phéniquée à 5 0/0, puis exprimées. Cette toilette exige du temps et de la peine. Léopold y consacre souvent de 8 à

10 minutes. En se hâtant on s'expose à laisser dans l'utérus suturé des débris qui pourront entraver la réunion. Quand le nettoyage paraît suffisant, on place une éponge dans la cavité.

Les lèvres de la plaie sont alors adaptées l'une à l'autre, et on enlève aux ciseaux toutes les irrégularités qui empêcheraient la coaptation parfaite.

Six à sept sutures profondes de catgut chromique traversent la musculaire à 0^{m},1 environ du bord de la plaie, ressortent au voisinage de la caduque et repassent de l'autre côté en sens inverse. Après enlèvement de l'éponge et iodoformisation de la cavité, elles sont serrées modérément et arrêtées par un triple nœud dont les extrémités sont coupées court.

On termine par une suture continue au fin catgut chromique, courant de l'angle supérieur à l'angle inférieur de la plaie ; pour cette suture superficielle les bords séreux de chaque côté se prêtent d'eux-mêmes à un rapprochement exact qu'une pince vient encore aider. Point n'est besoin d'une invagination séreuse.

Ces deux sutures, la profonde et la superficielle, demandent chacune en moyenne 10 minutes. Il est inutile, voire même préjudiciable, d'aller plus vite.

Prophylaxie de l'hémorrhagie secondaire. — Pendant la suture, la parturiente a reçu en injection hypodermique une seringue de Pravaz de solution d'ergotine. L'opérateur saisit à pleine main gauche l'utérus flasque ; le tube de caoutchouc est retiré ; l'utérus devient turgide et n'est

lâché par la main qui le masse qu'après une solide contraction qu'on cherche à favoriser pas une seconde injection d'ergotine.

Remise en place de l'utérus. — Vite l'utérus, les trompes et les ovaires sont dans tous leurs replis nettoyés avec une éponge phéniquée, et après que les intestins ont été soulevés et retirés du petit bassin, replacés dans la cavité abdominale. La toilette du péritoine n'est nécessaire que s'il s'y est écoulé du liquide amniotique, etc. Les intestins sont arrangés sur les côtés et au-dessus de l'utérus.

Suture abdominale et pansement. — La suture est faite, profonde et superficielle, avec de la soie ou du catgut chromique, de préférence avec de la soie. Elle réclame souvent pour donner une cicatrice très solide, de 15 à 20 minutes. L'opération tout entière demande ainsi de 3/4 d'heure à 1 heure. Quelques compresses de gaze iodoformée et un bandage serré protègent la plaie et assurent la rétraction de l'utérus.

Soins consécutifs. — Tout doit se passer sans fièvre et sans douleurs. Les sutures profondes de la paroi abdominale sont enlevées le 14e jour. La femme ne se lève pas avant le 18e. Si les seins sont bien développés, elle peut, dès le début, allaiter son enfant.

S'il survient, du 3e au 4e jour, en dehors de toute infection, un météorisme inquiétant, on donne à plusieurs reprises de grands lavements d'eau chaude additionnés d'huile et de savon ; à la suite de ces lavements, qui entraînent l'expulsion d'une grande quantité de gaz et de matiè-

res, on observe, en même temps que l'affaissement du ventre, une amélioration rapide : le pouls se calme, la respiration est plus tranquille ; le facies, qui exprimait la douleur et l'angoisse, redevient meilleur et l'appétit reparaît. Au besoin on a recours au lavage de l'estomac ou aux poncfions capillaires.

Résultats opératoires. — Sur 28 opérations césariennes conservatrices, 25 succès pour les mères ; 28 enfants extraits vivants, 27 sortis de la Clinique en bon état, tels sont les résultats de la pratique de Léopold.

Ces résultats paraîtront plus merveilleux encore quand nous aurons analysé les causes des trois décès maternels. L'un d'eux est, sans discussion possible, imputable à l'opération : il s'agissait d'une secondipare à bassin plat rachitique généralement rétréci ; l'enfant fut extrait vivant, mais la mère succomba le 7° jour après l'opération par suite d'une hémorrhagie intra péritonéale ayant son point de départ dans la suture utérine.

Il n'en va point de même des deux autres décès.

La première de ces deux femmes, la 4° de la série, opérée le 28 novembre 1884 dans les mêmes conditions de milieu que toutes les autres, fut amenée à la clinique dans un fort piteux état, avec des contusions des organes internes, 38°,6 de température et 128 pulsations.

Elle avait été examinée à maintes reprises en ville : la poche des eaux était rompue depuis 7 heures et manifesement l'infection était dans la place.

Cette femme mourut, le 5° jour, de péritonite septique. A l'autopsie, on trouva la plaie utérine complètement réunie à l'extérieur; il n'y avait aucune adhérence entre l'utérus et les organes voisins; l'infection était partie sans aucun doute du col et avait donné naissance à une lympho-péritonite.

Dans le second cas (11 décembre 1886 — 15e de la série), il s'agissait d'une primipare de 43 ans ayant un bassin généralement rétréci à un haut degré et de forme infantile, qui, sous l'influence combinée d'une cypho-scoliose considérable, de son état avancé de grossesse et d'un météorisme très prononcé, présentait lors de son arrivée, des signes de suffocation. Au début de l'opération survint une asphyxie chloroformique des plus inquiétantes; de nouvelles attaques de dyspnée interrompirent à plusieurs reprises l'opération. Pendant les suites de couches, le météorisme augmenta; les moyens ordinaires n'eurent aucune prise sur lui et le 3° jour, la femme mourut d'œdème pulmonaire. L'autopsie, faite par le professeur Nelsen, ne révéla aucune trace d'infection septique; des inoculations faites avec le liquide péritonéal restèrent sans résultats. La réunion de l'utérus était parfaite. Il existait dans le gros intestin des lésions déjà anciennes de dysenterie qui, étant donné le manuel opératoire décrit ci-dessus, n'avaient évidemment pas pour cause une intoxication mercurielle.

Cette troisième mort, pas plus que la seconde, n'est donc imputable ni à l'opérateur, ni à la méthode, ni à une

faute quelconque dans l'exécution. Toutes deux doivent être rapportées beaucoup plutôt aux incalculables vicissitudes résultant d'une infection antérieure ou de l'épuisement d'organes nécessaires à la vie auxquels on reste exposé dans toute opération obstétricale.

Néanmoins, avec une rare bonne foi, le professeur Léopold se refuse à défalquer ces deux insuccès de son pourcentage. C'est qu'il a conscience des aléas indiscutables qu'entraîne avec elle toute laparotomie ainsi que le prouve « la mortalité par septicémie presque irréductible de 5 à 6 0/0 de l'ovariotomie ». Et en dépit de la chance qui le poursuit à l'heure présente et de l'habileté opératoire qu'il a pu acquérir, il persiste à croire que : « l'opération césarienne reste toujours l'opération la plus grave et la plus dangereuse de toutes les opérations obstétricales. » Retenons cet aveu.

Quant aux enfants, ainsi que nous l'avons déjà dit, tous ont été extraits vivants ; 27 sur 28 sont sortis de la clinique en bon état.

Mais il serait intéresant, pour être fixé sur la valeur réelle de ces chiffres, de savoir ce que sont devenus ces enfants. Léopold ne nous fournit de renseignements à cet égard que sur les 20 premiers : 7 sont morts de diarrhée dans l'espace de trois semaines à un an après leur naissance ; de 2 on n'a jamais eu de nouvelles ; les 11 autres restèrent bien portants pendant longtemps (on eut des nouvelles excellentes de 4 d'entre eux jusqu'à un an, de

3 jusqu'à deux ans, de un jusqu'à trois ans, de 1 jusqu'à quatre ans).

Indications de l'opération. — Pour que l'opération césarienne, naguère encore si meurtrière, donne les résultats que nous venons d'exposer, il est nécessaire, en dehors des perfectionnements de la technique, que les femmes qui la subissent se trouvent dans des conditions particulièrement favorables. Léopold classe ces conditions sous les quatre chefs suivants :

1° La parturiente doit être en bonnes douleurs et autant que possible, au début du travail. La rupture prématurée des membranes est désavantageuse.

2° La parturiente ne doit pas être infectée. De nombreux examens internes ou des tentatives d'accouchement artificiel avec contusions des parties molles sont un danger.

3° Les bruits du cœur fœtal doivent être normaux en nombre et en intensité. Une vie fœtale déjà compromise peut s'éteindre rapidement pendant l'opération.

Cette troisième condition a été sensiblement modifiée par Léopold dans ces dernières années. Il fait remarquer que dans ses onzième, treizième et quinzième opérations, où il y avait prolapsus du cordon, les bruits du cœur fœtal étaient sensiblement modifiés et le méconium s'écoulait ; les enfants extraits en état d'asphyxie profonde purent néanmoins être rapidement ranimés. Dans ses vingt-troisième et vingt-cinquième les battements du cœur fœtal étaient également très défectueux avant l'intervention.

Si dans ces cinq cas on s'était strictement tenu à la troisième condition, on se serait abstenu de faire l'opération césarienne et les enfants qu'elle a sauvés auraient été sacrifiés.

Voici la conduite que Léopold recommande à l'heure actuelle :

Si l'on observe la parturiente depuis le début du travail, si l'on a noté le moment exact à partir duquel a commencé le trouble de la circulation fœtale, il faut se hâter de faire son choix entre la césarienne et l'embryotomie ; a-t-on pu suivre pas à pas la modification des bruits du cœur, le méconium s'écoule-t-il, le cordon fait-il procidence, il faut accélérer tous les préparatifs opératoires.

Mais si, lors du premier examen, l'accoucheur trouve les battements du cœur très défectueux et qu'il ne puisse savoir depuis combien de temps l'enfant se trouve en danger, l'embryotomie est la seule méthode régulière, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait impossibilité absolue à l'intervention par les voies naturelles.

4° L'opérateur et ses aides doivent connaître et posséder à fond les méthodes antiseptiques et le plan opératoire.

Et l'accoucheur de Dresde fait observer qu'étant donné ce qui précède, on doit admettre que ces conditions pourront se trouver réalisées souvent dans une clinique, mais bien rarement dans la pratique privée. Il tient manifestement à mettre les praticiens en garde contre l'apparente facilité de l'opération et revient à maintes reprises sur les dangers qu'elle présente. Il faut réfléchir, dit-il, que

l'opération césarienne est une laparotomie et que toute laparotomie est et reste, même dans les mains les plus exercées, une sérieuse et dangereuse opération. — « Vous lirez de-ci, de-là, dit-il encore ailleurs, que l'opération césarienne est une opération légère ; cela ne semble-t-il pas signifier que chaque fois la mère y doive survivre ? Combien d'accoucheurs pourtant ont fait l'épreuve du contraire ! Cette facilité apparente ne peut affaiblir l'opinion que l'opération est grave et dangereuse. »

Voilà quelle est, sur la question, l'opinion du premier césarien du monde. A quels cas cependant a-t-il jugé bon d'appliquer cette opération dont il ne méconnaît ni le danger ni la gravité ?

(*A suivre.*) H. VARNIER.

L'AUGMENTATION DU POIDS DU CORPS PENDANT L'ALLAITEMENT

M. Carles (de Bordeaux), dans une étude sur le régime lacté, donne les chiffres suivants. A la naissance, le poids moyen d'un enfant est de 3,200 grammes. Il s'accroît ensuite :

Pendant	le 1er	trimestre,	de...	23 gr.	35	par jour
—	le 2e	—	—	18 gr.	35	—
—	le 3e	—	—	13 gr.	04	—
—	le 4e	—	—	8 gr.	»	—

Ce tableau montre que c'est précisément pendant le temps durant lequel il n'est *nourri que par le lait* que le corps *s'accroît le plus :* 6 kilos pour la seule première année.

Soit, pendant	la 1re	année, un accroiss.	en poids	de 6 k.	»	env.
—	la 2e	—	—	— de 2 k.	»	—
—	la 3e	—	—	— de 1 k.	200	—
—	la 4e	—	—	— de 1 k.	600	—

Soit, de	0 à 5 ans,	un *accroissement* du poids	de	12 kil.	570
—	5 à 10 —	— —	de	8 —	750
—	10 à 15 —	— —	de	19 —	100
—	15 à 20 —	— —	de	16 —	400
—	20 à 25 —	— —	de	2 —	870
—	25 à 30 —	— —	de	0 —	720
—	30 à 40 —	— —	de	0 —	»
—	40 à 50 —	une *diminution* en poids	de	0 —	210
—	50 à 60 —	— —	de	1 —	520
—	60 à 70 —	— —	de	2 —	420
—	70 à 80 —	— —	de	1 —	690
—	80 à 90 —	— —	de	0 —	»

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE FRANCHE AIGUE CHEZ LES ENFANTS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

Un article publié dans la *Semaine médicale* par le Dr Marcel Baudouin sur le traitement de cette maladie dans les hôpitaux de Paris, nous apprend comment il est institué chez les enfants par MM. Hutinel, Cadet de Gassicourt, Legroux, Descroizilles.

Voici l'opinion de M. Hutinel.

A l'*Hospice des Enfants-Assistés*, la pneumonie franche aiguë est commune et son traitement est des plus simples. Quoi qu'on fasse, elle guérit toujours ou peu s'en faut (il n'y a pas eu un seul décès depuis un an), malgré les

symptômes menaçants dont elle s'accompagne fréquemment. On se borne à donner aux enfants de la quinine, parfois de l'acétate d'ammoniaque, de l'alcool à doses modérées et surtout des boissons abondantes. Pas de vésicatoires : ils sont inutiles ou nuisibles dans cette forme de la pneumonie. Dans les cas exceptionnellement graves ou compliqués, M. Hutinel a recours aux *bains froids* répétés toutes les trois heures si l'hyperthermie est excessive ; à la caféine et la digitaline, si le cœur faiblit ; aux ventouses et même à la saignée s'il y a menace d'asphyxie ; aux injections d'éther, etc., s'il survient du collapsus ; mais neuf fois sur dix il n'est pas nécessaire d'intervenir activement.

M. Cadet de Gassicourt (de l'*hôpital Trousseau*), est convaincu que, dans la pneumonie franche aiguë de l'enfance, la guérison est presque toujours assurée, à condition de n'employer aucun médicament perturbateur. Il donne le sulfate de quinine à dose faible (0,15 à 0,20 centigrammes) selon l'âge de l'enfant, la potion de Todd, des lavements au musc (teinture de musc, 2 à 4 gr.) s'il y a du délire. Pour lui les vésicatoires sont inutiles ; la teinture de digitale ou la digitale n'ont jamais donné ni de bons, ni de mauvais résultats. Les bains tièdes pourront être employés sans inconvénient en cas d'agitation très vive. Il les a prescrits quelquefois, mais rien ne dit que les enfants n'auraient pas guéri sans eux. Les bains froids ne semblent pas indiqués ; toutefois, on pourrait y avoir recours sans de trop grands inconvénients. Pas de vomitifs qui

déprimeut inutilement, pas de tartre stibié qui amène du collapsus; pas de saignées qui tuent. Aucune médication jusqu'ici n'a pu modifier la marche ou abréger la durée de cette maladie. L'antipyrine abat la fièvre, mais sans grands avantages.

Dans la médication de M. Legroux, nous relevons les points suivants : Contre la fièvre, l'alcool et le *chlorhydrate de quinine* (1 gr. pendant un deux, trois jours) seul ou associé à l'antipyrine (à la dose de 1 gr.) Si la phlegmasie lui semble fort étendue et envahissante, il n'hésite pas à recourir encore aux larges *vésicatoires,* sauf chez les diabétiques, les albuminuriques, les cachectiques; mais il a soin d'antiseptiser la peau auparavant, alors même qu'il utilise le vésicatoire liquide (liquide de Bidet). Pour ce faire, on savonne la peau et la frictionne avec la liqueur de Van-Swieten ; puis on la lave avec de l'alcool camphré qu'ou laisse sécher de lui-même. Le pansement est fait à la vaseline boriquée. La digitale (0,05, 0,10, 0,15, etc.) la caféine en injections sous-cutanées (0,40, 0,60, 0,80, etc., par jour) sont de bons moyens dans les cas d'adynamie. M. Legroux laisse les malades boire à leur soif; il se garde d'abuser de l'alcool. Quand la résolution tarde à se faire, il a recours aux injections sous-cutanées d'*ergot de seigle,* matin et soir, une injection de 1 gr. Il est très important d'assurer l'antisepsie buccale avec une solution boriquée, par exemple. Comme vomitif, l'ipéca ; jamais de tartre stibié. L'antisepsie intestinale (naphtol et salicylate de bismuth ou de magnésie) est un

adjuvant capable d'atténuer les chances d'auto-intoxication. Dans la pneumonie massive, dans la spléno-pneumonie (enfants de 3 à 10 ans surtout), M. Legroux donne volontiers à la résolution, dans ces cas, l'*iodure de sodium* (0,50 à 1 gr. dans une potion, avec du sirop ou de la teinture d'eucalyptus) ; ce traitement est continué pendant quatre à six jours.

M. le docteur Descroizilles (des *Enfants-Malades*) considère la médication antiphlogistique comme pouvant rendre des services très sérieux dans le traitement de la pneumonie; toutefois elle n'est vraiment utile qu'au début. D'ailleurs, la phlébotomie est très rarement nécessaire et il n'a jamais eu occasion d'y recourir. Il se borne à faire appliquer aussi promptement que possible des ventouses scarifiées sur la région malade. Il fait tirer de 40 à 100 gr. de sang suivant l'âge du jeune sujet. Il faut presque toujours s'en tenir à une seule application. A une période plus éloignée du point de départ, il prescrit souvent un vésicatoire ou plusieurs vésicatoires successifs et recommande à cet égard les préparations vésicantes liquides qui donnent de fort bons résultats et agissent avec plus de rapidité que les emplâtres.

Dans la majorité des cas il s'abstient des préparations contro-stimulantes ou des vomitifs, parce qu'il les croit inutiles ou même nuisibles. Cependant il a plus d'une fois fait prendre l'ipécacuanha et même l'ipéca stibié, quand il y a des enfants âgés d'au moins cinq ans, pléthoriques, bien portants avant la phase initiale de leur pneu-

monie et présentant un état saburral plus ou moins prononcé. En pareille circonstance, les évacuations qui surviennent sous l'influence de l'agent contro-stimulant sont ordinairement suivies de soulagement et d'une détente de l'état fébrile.

On peut obtenir une amélioration à l'approche de la période de résolution ou du déclin de la maladie, soit avec du kermès ou de l'oxyde blanc d'antimoine, soit avec de la poudre de Dower, de l'extrait de jusquiame ou de belladone. Dans certains cas, c'est le sulfate de quinine ou la digitale qu'il conviendra d'administrer. La médication alcoolique est souvent utile, même dès le commencement de l'état morbide; mais c'est surtout pendant la convalescence que l'alcool, les stimulants, les toniques donneront d'heureux résultats.

CONSEILS A DONNER AUX PARENTS SUR LEURS RAPPORTS AVEC LES NOURRICES SUR LIEU

La question des nourrices est le cauchemar du médecin d'enfants. Elle devient de plus en plus complexe, parce que les bonnes nourrices se font rarissimes dans les grandes villes et se montrent de plus en plus exigeantes pour leurs gages. Les frais nécessités par les bureaux de placement augmentent encore la somme d'argent à dépenser, si bien que dans les familles médiocrement fortunées on hésite de plus en plus à conseiller de changer une nourrice, quand elle n'est pas très mauvaise. Il faut donc tâcher

de conserver autant que possible les nourrices dans les places où elles sont entrées, et, pour obtenir ce résultat, il faut éclairer les familles sur le meilleur moyen de faire qu'une nourrice bonne ne devienne pas médiocre, ou qu'une médiocre ne devienne pas mauvaise.

Or, nous avons tous vu ce phénomène se produire sous nos yeux : une femme qui entre dans une place avec un lait satisfaisant comme quantité et comme qualité, mais qui, au bout de quelques semaines, de trois mois au plus, ne suffit plus à sa tâche. Qu'est-il arrivé ?

Très souvent cette transformation fâcheuse a été l'ouvrage inconscient des parents. Ils ne savent pas éviter un double écueil : traiter la nourrice comme un animal de louage, dont les sentiments ne sont pas à prendre en considération et auquel on n'est tenu qu'à donner une nourriture suffisante pour en tirer tous les services possibles — ou bien modifier intempestivement d'une manière si radicale ses habitudes physiques, que sa santé s'altère et que sa sécrétion lactée perd ses qualités. Ces deux sortes d'erreurs se commettent presque aussi communément dans des milieux sociaux d'ailleurs très différents, aussi bien dans les familles les plus riches que chez les petits bourgeois.

La première chose que devraient faire des parents qui prennent une nourrice pour leur enfant, c'est d'étudier et de tâcher de comprendre la nature physique et morale de cette femme qu'ils introduisent à leur foyer. Nous avons le devoir non seulement de les y aider, s'ils nous le demandent, mais même de le faire, sans y être invités ; car c'est l'intérêt du nourrisson qui est en jeu.

Dans cette occurrence il y a un certain nombre de cas particuliers à envisager, suivant que la nourrice est une femme mariée ou une fille-mère, qu'elle n'a encore jamais fait de nourriture ou qu'elle a déjà fait ses preuves comme nourrice, qu'elle vient de la campagne ou qu'elle a déjà habité les villes.

Il faut ne pas l'effaroucher par un trop grand nombre de recommandations et d'observations faites les premiers jours. Il faut n'indiquer d'abord que les prescriptions indispensables relativement aux heures des tetées et à la propreté des seins.

Puis peu à peu on réformera ce qui est défectueux dans les habitudes alimentaires, dans les soins généraux du corps. Les observations doivent être faites avec bienveillance, mais avec fermeté.

En dehors des moments où la nourrice donne le sein à son nourrisson et lui fait ses toilettes, il faut savoir l'occuper sans la surmener — comme on le fait dans certains petits ménages où elle est traitée comme une bonne à tout faire ; — il ne faut pas non plus la laisser dans l'oisiveté et le désœuvrement comme dans certaines familles riches.

Il est bon de s'intéresser à ses affaires, à la santé de son enfant à elle, afin de gagner sa confiance ; mais il faut se garder d'une complaisance excessive qui dégénère facilement en exploitation, si la nourrice est une rouée capable de faire chanter la famille sous la menace permanente d'une retraite qui pourrait être préjudiciable au nourrisson.

Nous devons en pareil cas, si les parents sont faibles par inexpérience, les avertir du danger des concessions trop fréquentes, parler avec sévérité à la nourrice et lui faire comprendre qu'on ne cèdera pas à ses exigences et qu'on ne s'opposera pas à son départ.

L'alimentation doit être réglée en grande partie d'après les habitudes antérieures de la nourrice. Si elle vient de la campagne, habituée à manger peu de viande, des légumes et du pain surtout, à boire rarement du vin, c'est une faute de changer brusquement tout cela ; on peut apporter à ce régime quelques modifications utiles, mais progressivement.

En général il me semble préférable de faire manger la nourrice à part, si c'est possible, à des heures régulières ; si elle mange à la table des maîtres, elle sera souvent gênée pour peu qu'elle soit timide, parce qu'elle se sentira sans cesse surveillée ; si elle mange avec la cuisinière ou les autres domestiques, elle risque de manger à des heures variables ou trop précipitamment. Elle ne doit pas manger autant que possible avec son nourrisson sur les genoux ; il faut choisir un moment où celui-ci repose ; car ou bien la nourrice sera dans une situation incommode pour manger ou, si le nourrisson est déjà en âge de s'intéresser à l'alimentation, elle lui laissera prendre ou lui donnera d'elle-même pour le faire taire en l'occupant des aliments solides et parfois des plus indigestes.

C'est avec tact qu'on devra de même régler les autres questions d'hygiène journalière. Il y a des nourrices qu'on

oblige à boire de la bière, quand elles ne l'aiment pas, sous prétexte que cette boisson leur donnera plus de lait; ou bien on trouve des gens qui veulent leur imposer de la bière à un repas et du vin à l'autre ; la vérité consiste à prendre pour point de départ les habitudes antérieures et les goûts de la nourrice, s'ils n'ont rien d'excessif.

Il faut d'ailleurs leur donner l'exemple de la franchise dans les rapports qu'on a avec elles et se bien garder d'organiser autour d'elles un système d'espionnage par l'intermédiaire des autres domestiques, système cher à certaines grand'mères et qui donne en général les plus mauvais résultats.

Ce n'est que sur la propreté qu'il ne faut pas transiger. J'ai vu dans des familles la nourrice qui traînait des rubans de soie superbes à son bonnet découvrir, pour donner le sein, une chemise sale et un corset sordide, et passer sur les gencives du nourrisson un index dont l'ongle noir devait recéler les germes de bien des stomatites.

P. Le Gendre.

PROPHYLAXIE DE LA MYOPIE DANS LES ÉCOLES

I. — LIVRETS-FICHES SUR LA SANTÉ DES ÉCOLIERS

M. le Dr Gorecki a esquissé un programme judicieux des mesures les plus propres à atteindre ce but.

1° *Mesures générales de prophylaxie de la myopie.* — Ces prescriptions ont rapport : 1° au bon éclairage des classes ;

2° à la bonne impression des livres ; 3° à la disposition des tables et des bancs ; 4° au choix des méthodes d'enseignement.

M. Goreski insiste sur l'utilité de bannir de plus en plus des méthodes d'enseignement tout ce qui exige des efforts soutenus pour voir de près, en particulier les longues et fastidieuses recherches dans les dictionnaires. Il trouve pernicieuses ces recherches qui finissent par hypnotiser l'enfant, d'autant plus que la plupart, pour ne pas dire tous ses livres, sont très mal imprimés et déplorablement disposés au point de vue typographique.

L'instruction orale ou au tableau doit être absolument encouragée, parfois même imposée pour certains élèves, surtout dans les classes primaires. La station debout est une des plus favorables à la santé. Ainsi que le disait M. Javal, les Arabes ont un excellent mobilier scolaire, parce qu'ils n'en ont pas.

2° *Mesures individuelles.* — Des mesures *individuelles* de prophylaxie devront être rigoureusement appliquées sur les indications du médecin qui devra avoir à cet égard toute autorité. Dans ce but, il serait établi dans tous les établissements scolaires relevant de l'Etat, des départements ou des communes : 1° un registre d'incorporation analogue à celui qui existe dans nos régiments ; 2° une série de *livrets-fiches* personnels pour chaque enfant admis dans ces écoles.

Les fiches suivraient l'écolier dans tous les établisse-

ments publics où il passerait, et serviraient à constituer son dossier physique.

Le registre d'incorporation resterait à l'établissement et servirait à conserver le double des inscriptions relatées sur les fiches et à les reconstituer au besoin. Lorsqu'un enfant quitterait un établissement pour entrer dans un autre, sa fiche l'y suivrait, et le registre d'incorporation du premier établissement mentionnerait le départ, tandis que le registre du second relaterait son entrée et la réception de la fiche. A la fin des études, cette dernière resterait dans le dernier établissement d'instruction de l'enfant ou du jeune homme et pourrait lui fournir à l'occasion de précieux renseignements.

Sur ces *fiches* ou *livrets* d'incorporation devraient trouver place :

A. Sur la couverture, les renseignements fixes *non susceptibles de modifications :* nom, prénoms, date et lieu de naissance, profession des parents; puis, au besoin, sur la première feuille, les renseignements médicaux que l'on pourra avoir sur les parents, les antécédents morbides de l'élève, etc.

B. 1° Les renseignements *variables* résultant des constatations médicales : taille, périmètre thoracique, etc. 2° les renseignements toutchant les organes visuels; pour chaque œil, l'acuité visuelle, le champ visuel, la réfraction, l'examen ophtal-moscopique, etc.

En regard du numéro de l'année seraient indiqués la classe suivie par l'élève, les notes données par le profes-

seur, et, s'il y a lieu, les goûts, les aptitudes de l'élève, la profession à laquelle il se destine, etc.

Tous les ans au moins, une inspection générale de tous les écoliers aurait lieu dans les établissements scolaires; le médecin, ayant la fiche devant lui, y consignerait les nouveaux résultats de son examen et les observations qu'il y aurait à faire dans l'intérêt de l'écolier.

Pour tous ceux qui seraient atteints d'une tare quelconque, la visite médicale aurait lieu trimestriellement, et le médecin aurait le droit et le devoir d'intervenir directement auprès du directeur de l'établissement, pour modifier soit le travail lui-même, soit, surtout, les *conditions* du travail de l'enfant, et appliquer rigoureusement l'hygiène préventive de la myopie. C'est à ces élèves que seraient réservées les places les plus favorisées sous le rapport de l'éclairage. On les dispenserait de certains devoirs ou exercices écrits, on les ferait travailler de préférence debout, au tableau, on leur appliquerait un régime spécial d'entraînement, enfin, on préviendrait les parents et on éviterait ainsi de laisser s'aggraver des états curables par une intervention intelligente, prompte et énergique.

II. — RAPPORTS DE L'ÉCRITURE PENCHÉE ET DE LA MYOPIE

La prophylaxie de la myopie a des rapports étroits avec la pente de l'écriture, sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention et dont M. Javal vient d'entretenir l'Académie. Citons ce fragment de la séance du 26 janvier.

M. Javal. — Parmi les causes de la fréquence de la myopie en Allemagne, il en est une dont je veux parler exclusivement aujourd'hui, c'est l'usage en Allemagne d'une écriture très penchée. Cette cause, on est en passe de la faire disparaître de l'autre côté du Rhin, tandis qu'il n'a encore rien été fait chez nous où elle a été signalée par deux commissions en 1881 et 1882, qui, toutes les deux, ont recommandé l'écriture droite.

La raison qu'on oppose en France à l'adoption de l'écriture droite est la plus grande lenteur d'exécution de cette écriture. Et cependant, dès 1881, j'avais indiqué le moyen simple d'enseigner en un instant l'écriture penchée aux enfants habitués à écrire droit. Ce moyen est déduit de l'analyse des mouvements exécutés pour écrire lentement ou rapidement.

De cette analyse, il résulte qu'il existe deux sortes d'écriture : celle à main posée et celle à main levée ou expédiée. L'écriture à main posée s'exécute exclusivement au moyen des doigts, tandis que le poignet joue un rôle important dans l'écriture à main levée. La pente n'est utile que dans l'écriture expédiée ; or, il est déraisonnable d'enseigner à de jeunes enfants l'écriture expédiée, puisqu'il n'est pas possible de leur apprendre à écrire du poignet et qu'ils doivent écrire exclusivement au moyen des doigts. Il faut leur enseigner d'abord une écriture à main posée et ne passer à l'expédiée qu'au moment où ils commencent à écrire sur du papier non réglé. A ce moment, on leur fera incliner le papier vers la gauche et la pente s'ensuivra nécessairement.

D'ailleurs, pour se convaincre de la tendance des enfants à écrire droit, il suffit de donner à de très jeunes enfants des modèles d'écriture à copier; si on les laisse faire, la

plupart d'entre eux n'imiteront pas la pente du modèle et écriront droit.

L'adoption de l'écriture droite peut être un moyen *non coûteux* de diminuer notablement le nombre des myopes.

M. A. Gautier. — Je tiens à déclarer que dans l'école d'Alsace-Lorraine que je connais particulièrement, on a essayé de mettre en pratique les préceptes que vient de développer M. Javal et l'on a adopté d'abord, comme système d'écriture, l'écriture française à main posée dans laquelle les caractères se rapprochent de l'écriture droite, tandis que l'écriture anglaise à main levée, « la cursive », qui est l'écriture usuelle, est sensiblement penchée.

Après quelques années d'expérience, nous avons dû revenir à l'écriture penchée, parce que celle-ci permet d'arriver à écrire beaucoup plus vite ; or, comme il s'agit surtout de jeunes gens destinés au commerce, on tenait à les accoutumer à écrire vite.

M. Javal. — L'expérience dont vient de parler M. Gautier n'a nullement la valeur démonstrative que veut lui attribuer notre collègue.

L'écriture française dont parle M. Gautier n'est pas l'écriture droite dont je viens de parler, mais bien une sorte d'écriture transactionnelle, intermédiaire entre l'écriture droite et l'écriture penchée. Ce qu'il aurait fallu faire pour rendre l'expérience démonstrative, c'eût été d'aborder franchement la réforme en adoptant l'écriture absolument droite. On a voulu prendre une demi-mesure, et elle a échoué, ainsi que cela arrive le plus souvent lorsque l'on recule devant une réforme radicale.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Février 1892

SOMMAIRE :

FISSURE ANALE ET RÉTRÉCISSEMENT RECTAL CHEZ LES ENFANTS

On a dit qu'il n'y avait pas à proprement parler de médecine infantile, qu'il était superflu de créer un enseignement spécial pour elle, parce que la pathologie est la même chez l'adulte et chez l'enfant à de faibles nuances près, parce que les moyens d'investigation clinique sont les mêmes et que la thérapeutique ne diffère que par les doses. — Rien n'est plus inexact, croyons-nous, que cette manière de voir ; défendable peut-être au point de vue de nosologie, elle est insoutenable au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Sans m'étendre davantage sur ce point, je rappellerai seulement que lorsqu'on est appelé à soigner un enfant, s'il est d'âge à se plaindre, il n'y a pas lieu d'ajouter grande confiance aux renseignements qu'il fournit; car l'enfant ne sait guère, sauf exception, s'observer, analyser ses sensations et les décrire exactement. Si l'enfant ne parle pas encore et traduit seulement sa souffrance par des cris, il faut se garder de se laisser engager sur une fausse piste au point de vue du diagnostic, à la suite de l'entourage, de la nourrice, de la mère ou grand'mère qui, s'étant souvent forgé une opinion préconçue avant l'arrivée du médecin, s'efforcent involontairement de faire partager à celui-ci leur opinion.

En un mot, après avoir écouté très attentivement et très patiemment tous les renseignements qui nous sont donnés à notre arrivée près d'un enfant malade, mais sans entamer aucune contestation, ce que nous avons de meilleur et de plus court à faire, c'est de *déshabiller complètement* le petit malade et d'explorer minutieusement *tous les organes et appareils, tous les points du corps*, sans en omettre un seul. On peut dire que, neuf fois sur dix, lorsqu'on fait une erreur de diagnostic en médecine d'enfant, c'est pour avoir oublié d'examiner un point du corps.

Cette réflexion ne paraîtra banale qu'à ceux qui n'ont pas l'habitude de soigner des enfants. Le plus souvent, la mère ou la nourrice, obéissant à l'idée préconçue qu'elle s'est faite, s'empresse de vous montrer exclusivement tel ou tel point du corps, s'impatiente quand vous vous en éloignez, et fait tous ses efforts pour vous y ramener.

Un deuxième précepte bon à formuler consiste à ne pas s'acharner à soutenir un diagnostic, quand une thérapeutique logiquement instituée en vue de combattre telle maladie n'a pas réussi en peu de temps à améliorer notablement la situation; car l'organisme de l'enfant obéit en général si rapidement à l'action thérapeutique quand elle est dirigée juste, que l'on doit toujours se défier de l'exactitude du diagnostic porté, si la médication qui en découle reste inefficace.

I

En 1886, je fus consulté pour une petite fille de six mois qui, après s'être bien portée pendant les trois premiers mois de sa vie, avait perdu depuis quelque temps le sommeil et l'appétit, criait sans cesse, et dépérissait rapidement. La seule cause qu'on pût invoquer pour expliquer ce dépérissement, c'étaient plusieurs changements de nourrices que l'enfant avait subis. La mère avait essayé d'abord de donner le sein, puis, le lait maternel ayant paru insuffisant, on avait donné le lait d'ânesse au biberon; ensuite une nourrice (mais celle-ci s'alcoolisait); une autre qui lui succéda n'avait pu vivre en bonne intelligence avec la cuisinière; une troisième venait d'être installée dans la maison par le médecin de la famille de madame, quand, médecin du mari, je fus appelé pour la première fois. Cette nourrice me fit mauvaise impression, je lui trouvais des signes manifestes de scrofule et une dépression profonde de la racine du nez qui éveillait l'idée de l'effondrement

du squelette de cet organe. Par égard pour le choix d'un confrère plus âgé, je ne voulus point manifester trop vite ni trop nettement mes sentiments de suscipion à l'égard de la nourrice et je m'occupai de l'enfant. Comme conséquences des changements incessants d'alimentation, la petite fille avait eu des troubles digestifs presque continuels, la diarrhée alternant avec la constipation. A plusieurs reprises s'était montré un érythème fessier papulo-érosif, qui cédait assez vite à un traitement topique, mais pour reparaître au bout de quelque temps. Quand je vis l'enfant, il en existait à peine quelques traces.

La grand'mère de la petite fille, confiante en sa vieille expérience, déclarait que l'insomnie, les cris de l'enfant, les contorsions qu'elle faisait étaient les avant-coureurs du travail de la dentition, et cependant les gencives n'étaient ni rouges ni tuméfiées. L'enfant n'avait pas d'hypercrinie salivaire. On détournait mon attention chaque fois que je commençais à explorer la région anale et fessière, chaque fois que je me renseignais sur les fonctions intestinales.

A une visite suivante, l'insomnie, les cris continuant, j'appris que les douleurs de l'enfant paraissaient surtout vives au moment des garde-robes, que, d'ailleurs, elle faisait des efforts incessants d'expulsion, le plus souvent sans résultat. Je ne me laissai plus détourner de l'examen de la région anale et je constatai qu'au moment des efforts de l'enfant, une petite tuméfaction rougeâtre venait faire saillie hors de l'orifice anal; cette petite tumeur, de la

grosseur d'une aveline, devint fluctuante le lendemain et me parut être un abcès sous-muqueux, qui pouvait expliquer les douleurs et les cris de l'enfant. Un coup de lancette donna issue au pus.

Je m'attendais à ce que l'enfant dormît mieux la nuit suivante, mais, s'il y eut un peu d'accalmie, le repos ne fut pas complet.

Explorant alors minutieusement l'anus, je découvris, en déplissant les plis radiés de la muqueuse, très difficilement à cause d'une contracture énergique du sphincter, une fissure longitudinale qui allait se prolonger profondément dans le canal ano-rectal. Je pensai dès lors que cette fissure, causée à l'origine par l'acidité des garde-robes diarrhéiques, avait provoqué par lymphangite de voisinage cet abcès sous-muqueux que j'avais incisé et le ténesme rectal qui persistait.

Je dilatai assez énergiquement le sphincter par l'introduction successive de mes deux auriculaires; je cautérisai légèrement la fissure avec un pinceau imbibé l'acide chromique, et je plaçai dans l'orifice anal une tente d'ouate imbibée de vaseline iodoformée à 1 p. 10. Tout était fini en huit jours.

Sur ces entrefaites, la nourrice présenta une angine subaiguë, une sorte de coryza tenace qui me confirmèrent dans mes premiers soupçons à son égard.

Je demandai qu'elle fût examinée par un rhinologiste. Mon ami le Dr Ruault découvrit une ulcération profonde de la muqueuse nasale avec perforation de la cloison. La

famille s'empressa naturellement d'accéder à mon désir de changer cette nourrice, et à partir de ce jour l'enfant, pourvue définitivement d'une nourriture saine, a continué à se développer régulièrement.

II

On m'amenait en 1887 une petite fille de 13 mois dont l'histoire présente plus d'une analogie avec la précédente. Jusqu'à sept mois sa mère l'avait nourrie au sein et l'enfant venait à merveille. La mère ayant été souffrante, on continua l'allaitement artificiel d'abord avec du lait de chèvre, puis avec du lait de vache, et alors commencèrent des troubles digestifs; quand la diarrhée se montrait, le médecin prescrivait du bismuth ; quand la constipation survenait, il ordonnait de l'huile de ricin, et ainsi de suite pendant plusieurs mois.

Vers la fin de la première année, l'alimentation fut plus complexe ; les farines, les pâtes, les œufs, entrèrent dans l'alimentation, et dès ce moment la constipation s'établit d'une façon permanente et de plus en plus énergique. L'enfant faisait plusieurs fois par jour des efforts évidents pour expulser des garde-robes; ces efforts s'accompagnaient de cris, de larmes. Sur la région fessière, sur la partie interne des cuisses, un érythème papulo-érosif apparut, suivi depuis par de larges ulcérations. Dès lors le dépérissement s'accentua, l'insomnie fut fréquente.

Le médecin prescrivit des lotions d'eau boriquée, des applications de vaseline boriquée; les ulcérations se cica-

trisèrent ; mais d'autres succédèrent. Contre la constipation, on essaya les divers purgatifs usités dans la médecine d'enfant : la manne, la magnésie, l'huile de ricin, le calomel, les purgatifs salins ; toute la gamme des évacuants y passa. L'enfant avait passagèrement des évacuations, mais évidemment insuffisantes. Ses efforts douloureux d'expulsion devinrent plus fréquents ; on eut recours alors à des lavements, mais la mère, attentive et bonne observatrice, fit la remarque suivante : quand la canule avait été introduite, et cela ne se faisait jamais sans que l'enfant criât et se débattît, on ouvrait en vain le robinet de l'irrigateur, le liquide ne pouvait pénétrer dans l'intestin.

Affligée de l'intensité croissante des douleurs, la mère vint me consulter. Au récit de celle-ci, je soupçonnai que la longue durée des accidents devait reconnaître une cause insolite ; après avoir constaté que l'abdomen était anormalement développé, dur et tendu, j'examinai attentivement la région anale. Dans le sillon interfessier et sur la face interne des cuisses se voyaient de larges papules érosives, semblables à celles que M. Jaquet a décrites, à l'exemple de son maître, Ern. Besnier, sous le non d'érythème fessier papulo-érosif, en montrant que cet érythème laisse des cicatrices souvent confondues avec des cicatrices syphilitiques (1).

En essayant de déplisser la région anale, je constatai

---

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* 1887.

que le sphincter était énergiquement contracturé; pourtant, en insistant malgré les cris et la défense désespérée de l'enfant, je réussis à apercevoir une fissure qui, à peine visible à l'extérieur, s'enfonçait dans l'orifice anal, paraissant de plus en plus profonde. Mais il me fut impossible de dilater l'anus de façon à voir jusqu'où cette fistule se prolongeait. Il me fut à plus forte raison impossible de faire pénétrer l'extrémité du plus petit de mes doigts.

Je dis alors à la mère que la fissure à l'anus expliquait une partie des accidents éprouvés par l'enfant : les crises de ténesme, l'insomnie; mais que d'autres symptômes, surtout l'impossibilité d'administrer les lavements, même après l'introduction de la canule, pouvaient faire penser à un rétrécissement du rectum. J'ajoutai que le concours d'un chirurgien me paraissait indispensable; car, si l'exploration faite sous le chloroforme confirmait mes soupçons, une opération serait nécessaire.

M. Charles Monod, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, qui joint à l'habileté opératoire une douceur fort utile dans la chirurgie infantile, voulut bien venir voir l'enfant en consultation avec le médecin habituel de la famille et avec moi.

La petite fille une fois chloroformée, il fut facile de s'assurer qu'il n'existait pas seulement une contracture du sphincter provoquée par une fissure, mais qu'au-dessus l'orifice anal et le sphincter formaient un canal aussi étroit qu'impossible à dilater. L'introduction du petit doigt était impossible; ce qui n'arrive pas en cas de simple

spasme sphinctérien, quand le chloroforme a produit la résolution musculaire.

M. Monod décida donc sur-le-champ de pratiquer la rectotomie postérieure et, pour éviter une hémorrhagie préjudiciable à l'enfant à cause de son jeune âge, il employa le thermocautère chauffé au rouge sombre. Pendant l'incision, on put constater qu'il existait une véritable sclérose de la muqueuse et des tissus sous-muqueux. La coarctation qui en résultait s'étendait sur une hauteur de trois ou quatre centimètres.

Lorsque le débridement fut exécuté, nous trouvâmes l'ampoule rectale absolument bondée de matières fécales, les unes récentes et molles, les autres concrétées en masses dures; il fallut opérer le curage de ce rectum d'un enfant de 13 mois comme on est si souvent obligé de le faire pour les vieillards, d'abord avec les doigts, puis avec d'abondantes irrigations par un fort jet d'eau tiède. On fit ainsi sortir une quantité de matières fécales vraiment étonnante.

Quand le curage du rectum fut terminé, un fort tampon d'ouate hydrophile imbibée de vaseline iodoformée à 1 p. 10 fut introduit dans la cavité rectale; il fut convenu que, plusieurs fois par jour, de grandes irrigations boriquées tièdes seraient faites et que chaque fois un nouveau tampon d'ouate iodoformée serait replacé.

Dès la nuit suivante, l'enfant, débarrassée de son ténesme rectal, pouvait goûter le sommeil dont elle était privée depuis plusieurs nuits. Elle retrouvait l'appétit

perdu. La cicatrisation suivit son cours ; on dut maintenir, à l'aide de tentes, l'anus suffisamment dilaté pendant la durée du travail cicatriciel et passer ensuite de grosses sondes en caoutchouc durci pour conserver à l'orifice un calibre suffisant.

J'ai bien des fois soigné depuis cette enfant et j'ai pu constater que la guérison de l'accident ano-rectal était complète.

S'agissait-il dans ce cas d'une sténose exclusivement congénitale du rectum? Nous ne le pensons pas. Il semble naturel d'admettre, qu'à partir du moment où les troubles digestifs, la diarrhée acide ont provoqué l'érythème fessier, les érosions et la fissure de l'anus, un travail de sclérose a peu à peu induré la muqueuse rectale, et compliqué d'un rétrécissement cicatriciel un certain degré de sténose congénitale.

On peut encore penser que le calibre du canal ano-rectal, après avoir été suffisant tant que l'enfant, nourri exclusivement de lait, n'avait que des garde-robes demi-molles, devint insuffisant quand une alimentation complexe produisit des résidus fécaux plus durs.

Enfin, les doses de bismuth ou de magnésie, administrées fréquemment pour combattre les alternatives de diarrhée et de constipation, contribuèrent, pour une part, à accroître la densité du contenu de l'ampoule rectale et les obstacles à son expulsion.

De toute manière, l'histoire de ce fait est intéressante. Les rétrécissements du rectum, la fissure à l'anus sont à

peine mentionnés dans les livres de maladies des enfants ; ils sont rares sans doute, mais c'est une raison de plus pour ne pas les méconnaître le cas échéant.

P. LE GENDRE.

POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES CHEZ LES ENFANTS JUSQU'A 15 ANS

M. le Dr Marcel Natier a publié sur cette affection un consciencieux travail dont voici le résumé :

Chez le nouveau-né, il semble, du moins d'après mes recherches, qu'on n'ait jusqu'ici signalé que deux cas de polypes muqueux des fosses nasales. Les exemples deviennent plus fréquents à mesure que les enfants avancent en âge ; ainsi, j'ai pu en relever 3 cas de 0 à 5 ans 10 cas de 5 à 10 ans, et 16 cas de 10 à 15 ans.

Hopmann est le seul auteur qui, en s'appuyant sur des preuves démonstratives, admette la fréquence relative des polypes muqueux des fosses nasales dans l'enfance ; cependant, les statistiques des auteurs, et la mienne propre, tendraient à infirmer cette opinion. J'y suis du reste autorisé dans une certaine mesure, puisque, en fin de tout compte, je n'ai pu arriver à réunir que trente-une observations.

L'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales chez l'enfant est tout aussi incertaine que pour l'adulte. Seules les inflammations chroniques de la pituitaire peuvent être rangées au nombre des causes vraisemblables ;

quant au sexe, à l'hérédité, aux traumatismes, etc., leur action n'est aucunement démontrée.

Les symptômes occasionnés par la présence de polypes muqueux dans les fosses nasales des enfants sont de deux ordres : 1° les uns objectifs ; 2° les autres subjectifs. Les premiers sont révélés par l'examen direct des parties ; aux autres, se rattachent les troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à la suffocation, les troubles de la déglutition, les troubles vocaux, etc.

Chez l'enfant, les polypes muqueux ne sont pas toujours d'une constatation aisée ; pour les reconnaître, le meilleur moyen consiste à pratiquer la rhinoscopie antérieure ou la rhinoscopie postérieure. Celle-ci sera grandement facilitée en écartant le voile du palais, au moyen de fils de caoutchouc introduits dans les fosses nasales et attachés au-devant de la lèvre supérieure. Les polypes devront être distingués : 1° de l'hypertrophie des cornets ; 2° des déviations de la cloison ; 3° des corps étrangers des fosses nasales ; 4° des abcès de la cloison ; 5° des tumeurs malignes ; 6° des végétations adénoïdes, et 7° des polypes naso-pharyngiens.

La marche des polypes du nez est lente, mais continue ; jamais ils ne disparaissent spontanément, à moins que, munis d'un pédicule mince, celui-ci ne se rompe sous l'influence de certains efforts. Parfois ils se creuseraient de cavités kystiques ; il reste à démontrer qu'ils puissent se transformer en tumeurs malignes.

Les polypes du nez sont d'un pronostic bénin, que seules les complications peuvent assombrir.

De tous les divers traitements dirigés contre ce genre de néoplasmes, il convient de ne retenir réellement que l'emploi de l'anse froide ou de l'anse galvanique. Le plus souvent, on aura recours à l'anse froide, mais dans certains cas assez nettement définis, on ne devra pas négliger de se servir de l'anse galvanique qui est véritablement avantageuse.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE ET DE SES COMPLICATIONS

Beaucoup de jeunes médecins sont embarrassés pour soigner la coqueluche et cet embarras tient à plusieurs causes. La première est que dans le cours de nos études nous n'assistons jamais à l'évolution complète d'une coqueluche, à l'exception du petit nombre d'entre nous qui ont fait plusieurs mois d'internat dans un hôpital d'enfants. Encore est-il que le plus souvent les enfants ne sont amenés à l'hôpital qu'à l'occasion d'une complication grave de la coqueluche, la broncho-pneumonie presque toujours ; nous ignorons donc, jusqu'au jour où nous sommes appelés pour la première fois dans la clientèle à faire le diagnostic d'un début de coqueluche, à instituer le traitement, à guetter les complications pour y parer et enfin à ramener à la santé définitive l'enfant qu'ébranle si souvent cette maladie d'une façon sérieuse, nous ignorons, dis-je, les multiples difficultés dont nous devrons triompher pour sortir avec honneur.

Une seconde cause d'embarras tient à ce que, les mé-

decins n'étant guère jusqu'ici beaucoup plus avancés que le public dans la connaissance de la nature de cette maladie et forcés d'avouer, quand ils sont sincères, qu'ils ne possèdent aucun moyen infaillible d'en abréger notablement la durée, le public se croit, plus qu'en toute autre maladie, le droit d'essayer à tort et à travers tous les remèdes connus ou secrets qu'on signale à la quatrième page des journaux, dans la loge de la concierge, comme aux five-o'clock tea de Mme une telle. Parmi tous ces remèdes, il y en a beaucoup d'inoffensifs, mais quelques-uns ne le sont pas, et je sais un cas où un enfant faillit être empoisonné par une dose excessive d'extrait de chanvre indien contenu dans une spécialité en vogue. Je disais que nous ne savons guère mieux que le public en quoi consiste la coqueluche, et sans doute j'exagère : il y a pas mal de temps qu'on soupçonne la nature parasitaire de cette maladie, mais la preuve n'est pas faite, on ne tient pas le microbe, malgré l'intérêt qui s'attache aux travaux d'Affanasief (1886). En quel point des voies respiratoires siège le microbe inconnu, dans les bronches, dans le larynx, dans les fosses nasales ou partout à la fois ? Agit-il par voie réflexe sur le système nerveux pour provoquer la toux convulsive, ou bien par l'intermédiaire de produits solubles absorbés à la surface de la muqueuse bronchique et transportés par le sang jusqu'au centre bulbaire de la toux ? ou bien faut-il admettre, comme l'ont pensé certains médecins que l'intermédiaire entre le catarrhe des voies respiratoires et la toux convulsive est la tuméfaction des ganglions bronchiques ? Autant d'inconnues.

Or, on manque de bases solides pour instituer et faire exécuter énergiquement le traitement d'une maladie, quand on est incertain de sa pathogénie. Chose singulière, le public comprend très bien la thérapeutique pathogénique, et il s'y soumet volontiers quand on peut la lui expliquer clairement ; il est beaucoup plus rebelle à la thérapeutique des indications, qu'il est impossible de lui faire prévoir d'avance. Au fond, la croyance aux médicaments spécifiques et aux remèdes secrets n'est pas près d'être déracinée des cerveaux de nos contemporains.

Pour ces diverses raisons, je crois rendre quelque service à ceux de mes lecteurs qui sont encore au début de leur pratique, en leur retraçant d'après mon expérience personnelle les embarras du jeune praticien lorsqu'il est appelé dans une famille où un enfant est suspecté de commencer une coqueluche.

Voici un enfant de trois où quatre ans, qui tousse depuis plusieurs jours et d'une toux qui, au lieu d'aller en décroissant, devient de plus en plus fréquente. La mère est inquiète ; la coqueluche règne dans le voisinage ; son enfant l'a-t-il gagnée ? Il serait bien important de le savoir tout de suite ; car le tousseur a un petit frère, qui est encore au sein, et le public n'ignore pas que la coqueluche est d'une gravité particulière chez les enfants tout jeunes, chez les nourrissons. Après ce préambule, on vous amène l'enfant : « A-t-il la coqueluche, oui ou non ? Répondez, docteur ».

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

DU MODE RESPIRATOIRE PENDANT LA GYMNASTIQUE

La respiration buccale est une respiration de suppléance; elle suffit à une grande activité des organes, permet une course rapide ; comme conséquence, le cœur a bientôt donné son maximum d'effort et il se produit une asystolie normale ; il faut s'arrêter de suite, car il ne subsiste aucune réserve. Quand on prend l'habitude de cette respiration, la glotte qui préside à l'effort violent, mais passager, ne peut plus ici présider à l'effort continu. Seule, la respiration nasale est la respiration continue normale.

Dansla respiration activée, le voile s'élève et vient faire contre-poids au besoin d'aspirer l'air; de cette façon, il protège le cœur, car le mouvement de la marche tend à se ralentir par essoufflement nasal. A un certain moment, les ailes du nez s'appliquent complètement sur la cloison et alors force est de s'arrêter ou d'ouvrir la bouche. Donc le voile du palais d'une part, les ailes du nez de l'autre, président à l'anhélation. A cet instant, l'individu a en réserve la respiration buccale, mais avant d'y recourir il sera sage d'arrêter l'exercice.

L'expiration nasale d'après COUETOUX (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., n° 12, déc. 1891), permet l'effort, protège les parois abdominales et contribue au maintien normal. En effet, dans ce mode expiratoire, le voile du palais se relève, ce qui ralentit l'expulsion de l'air ; alors

la cavité thoracique se dilate et donne aux membres un point d'appui suffisant. L'effort peut se prolonger et le corps est maintenu droit.

L'inspiration nasale protège le cœur contre une activité excessive. Aussi doit-elle être recommandée par les maîtres qui se préoccuperont de lever les obstacles chaque fois qu'elle sera entravée. De même l'expiration devra être nasale pour que l'effort soit plus soutenu et plus continu.

Dans certains exercices, comme celui de la bicyclette par exemple, si la respiration est buccale, l'air entre et sort avec rapidité; le thorax est penché en avant, les viscères abdominaux refoulés, d'où la courbure vicieuse de la colonne vertébrale, les hernies par refoulement de l'intestin ; aussi, pour éviter ces accidents, est-il important de recommander la respiration nasale.

En résumé, il faut toujours respirer par le nez ; pour obtenir de la vitesse on devra faire une aspiration rapide et profonde ; pour obtenir de la résistance, une aspiration profonde et une expiration prolongée. Cette dernière obtiendra un maximum de durée et développera les organes au lieu de les léser, si elle se fait la bouche fermée. Toutes ces remarques ne peuvent que mieux faire comprendre tout l'intérêt qu'il y a à ce que les fosses nasales soient complètement et constamment libres.

M. Natier.

(*Archives de rhinologie et de laryngologie.*)

L'ÉTIOLOGIE DE LA DIPHTÉRIE ET LE BACILLE DE LŒFFLER

Le professeur A. Baginsky (de Berlin), n'étant pas satisfait complètement des méthodes employées pour diagnostiquer rapidement le bacille de Lœffler, en a cherché une nouvelle et il recommande la suivante.

Un fragment de la membrane suspecte ou de l'enduit pharyngien douteux est enlevé avec des pinces, puis rapidement lavé dans une solution à 2 0/0 d'acide borique afin de tuer tous les micro-organismes, sauf celui de Lœffler. Le fragment est ensuite porté et étalé à la surface d'un tube de sérum de Lœffler et placé dans l'étuve.

Le microbe de Lœffler ainsi débarrassé des autres micro-organismes donne, d'après Baginsky, une culture caractéristique en vingt-quatre heures. Cette culture permet déjà de faire le diagnostic macroscopiquement ; mais dans le cas où elle ne serait pas assez netté, il est facile de s'adresser au microscope et d'en faire l'examen. On peut même en avoir assez pour faire une inoculation à un animal.

A l'aide de sa méthode, Baginsky à l'hôpital de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric, à Berlin, a examiné 93 cas de diphtérie. Dans 68 cas il a rencontré le bacille de Lœffler, dans 25 autres cas le streptocoque et le staphylocoque se développèrent.

Les cas de diphtérie donnèrent une mortalité de 40 0/0, tandis que les autres cas (dont un présenta des com-

plications assez dangereuses) guérirent. Il nota aussi que les cas dans lesquels il avait trouvé les staphylocoques et les streptocoques guérirent très rapidement ; au bout de quelques jours les malades pouvaient quitter l'hôpital.

Les conclusions de Baginsky sont les suivantes : « Il existe deux formes de diphtérie, qui ne sont pas différentes à l'œil nu, nicliniquement. Dans les deux on aperçoit à la surface du pharynx une pseudo-membrane d'un blanc grisâtre, les deux affections sont accompagnées de fièvre, de perte de force, d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

L'une, qui est produite par l'action du bacille de Lœffler est très dangereuse, puisque la mortalité qu'elle provoque est d'environ 50 0/0. L'autre, produite surtout par les staphylocoques et les streptocoques, est peu dangereuse et ne met pas la vie en danger.

La différenciation de ces deux maladies se fait facilement en employant la méthode de culture que j'indique, car dans la majorité des cas il suffit d'un examen macroscopique pour faire le diagnostic. »

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE ET PÉRITONITE CHRONIQUE DES ENFANTS

La péritonite tuberculeuse des enfants présente certains traits particuliers, qu'il est utile de connaître, quand on veut porter un pronostic exact. Elle est, en général, plus bénigne que chez l'adulte. Elle donne grande prise à la

thérapeutique; c'est là encore un point qui intéresse le praticien.

Plusieurs traits que j'emprunte à l'enseignement de mon maître le professeur Grancher, et que j'ai recueillis quand j'étais un de ses chefs de clinique, mettent en lumière les modes pathogéniques de la péritonite tuberculeuse.

I

Dans l'une des observations il s'agissait d'une fillette de treize ans qui était entrée une première fois à l'hôpital, ayant dans la région sous-hépatique une tumeur assez volumineuse pour faire songer à un kyste hydatique, en même temps qu'elle accusait un peu de diarrhée et une toux légère. Après trois semaines de soins l'enfant sortait très améliorée, mais pour rentrer six mois plus tard avec des signes de cachexie véritable, les téguments décolorés et infiltrés, sans qu'il existât d'albumine, et une leucocytose accentuée. Quelques semaines d'un traitement convenable ont encore produit dans l'état de la malade une amélioration équivalente à une résurrection. L'enfant a retrouvé de la force, refait du sang et des muscles, ses voies digestives fonctionnent régulièrement. Cependant, on ne peut la dire guérie, car le ventre est demeuré tendu et légèrement douloureux au niveau du flanc droit : là où existait la tumeur constatée pendant son premier séjour à l'hôpital, la palpation décèle encore une rénitence diffuse, un défaut de souplesse; en ce point persiste probablement la lésion abdominale, cause profonde des acci-

dents qui ont à deux reprises alité l'enfant. En outre, l'examen stéthoscopique du thorax permet de constater l'existence d'une pleurésie droite en voie de disparition.

Un petit garçon à peu près du même âge a présenté un tableau clinique presque identique. Il entra une première fois à l'hôpital pour une maladie du ventre, qui, dit-il, était gros et douloureux. En trois semaines, il est guéri. Mais, quelques mois après, il revient ayant de la diarrhée, avec un ventre tendu, assez dur, douloureux en un point limité. Ce point, auquel l'enfant porte invariablement la main chaque fois qu'on lui demande où il souffre, correspond à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse. A ce niveau existe une intumescence qui est le siège d'élancements et le point de départ de coliques irradiées. L'examen stéthoscopique du poumon droit montre que la sonorité, les vibrations vocales, l'intensité du murmure respiratoire sont diminuées dans toute la hauteur, surtout à la base, sans qu'il y ait ni râles, ni souffle. Le poumon et la plèvre sont donc vraisemblablement le siège de lésions peu profondes, mais diffuses. Le poumon gauche est absolument sain, de même que le côté gauche du ventre n'est le siège d'aucun phénomène insolite; cet enfant semble n'être malade que par une moitié de son corps. Son état général est meilleur que celui de la petite fille citée plus haut; il n'a pas comme elle une leucocytose dont on ne peut trouver l'explication dans une hyperplasie de la rate ou des ganglions et qui n'a pas été signalée jusqu'ici comme une conséquence de l'entéro-péritonite chronique.

Car c'est bien d'une péritonite tuberculeuse chronique, ayant eu pour point de départ une typhlo-colite tuberculeuse et ayant secondairement déterminé une tuberculose pleurale ou pleuro-pulmonaire, qu'il s'agit chez les deux enfants dont nous venons de tracer l'évolution, chez tous deux d'allure bénigne et curable de façon plus ou moins définitive.

En regard de ces deux cas se place celui d'une petite fille de deux ans et demi, qui, depuis quelque temps, présentait de l'amaigrissement, des douleurs abdominales, de la constipation et de l'anorexie. Elle entre à l'hôpital avec un ventre énorme ; la palpation permet de percevoir des crépitations péritonéales. Ses poumons paraissent sains à l'auscultation. Après huit jours d'un traitement approprié, une amélioration évidente se produisait, le ventre devenait moins douloureux et moins dur. Mais l'enfant prend la rougeole, puis la diphtérie et meurt.

L'autopsie montre une tuberculisation péritonéale généralisée. Les muscles même de la paroi abdominale sont infiltrés de tubercules. L'épiploon est rétracté en masse. Les intestins sont agglutinés, leurs tuniques amincies ; on trouve des granulations sur leur surface externe, mais pas d'altérations de la muqueuse. Il existe des tuberculos à la surface du foie et de la rate, mais non dans leur parenchyme. En revanche, les poumons contenaient des tubercules trop disséminés pour qu'ils eussent pu se révéler par des signes stéthoscopiques et plusieurs ganglions bronchiques étaient caséeux. Dans ce troisième cas, il est permis de penser que la tuberculose est passée de la

cage thoracique dans la cavité péritonéale, puisque la muqueuse intestinale était saine.

La thèse soutenue en 1885 par mon ami Boulland (de Limoges) sur la tuberculose pleuro-péritonéale fournit un exemple très net de ce mode d'envahissement secondaire du péritoine par une tuberculose primitivement pleuro-pulmonaire. Un homme arrive à l'hôpital avec une pleurésie qu'il attribue à un refroidissement; trois semaines après il sort, sans que la résolution de cette pleurésie soit complète. Il revient deux mois après mourir et à l'autopsie on trouve au sommet du poumon un bloc de tubercules caséeux, dans le reste de l'organe des tubercules miliaires; un semis de tubercules couvre la plèvre pariétale et viscérale; le péritoine sous-diaphragmatique en est couvert aussi.

Par contre, dans une observation citée par M. Bucquoy, à l'autopsie d'une jeune fille de 18 ans enlevée en peu de temps par une péritonite tuberculeuse, on trouva les poumons et les plèvres indemnes, mais les deux ovaires étaient tuberculeux, l'un d'eux complètement caséifié.

De l'examen comparatif de ces différents faits se dégage la notion des divers processus qui président à l'apparition de la tuberculose péritonéale. Une cavité séreuse close de toutes parts comme le péritoine ne peut être envahie par les bacilles tuberculeux, que s'ils y sont apportés du dehors par effraction ou s'ils y sont amenés par les voies circulatoires, sanguines ou lymphatiques.

II

La pénétration de bacilles venus du dehors pourrait être admise en cas de ponction du péritoine avec un trocart infecté; mais c'est là une vue théorique. La science ne nous fait connaître aucun exemple de ce mode d'infection.

Par contre, trois voies différentes sont mises en lumière par l'observation clinique.

La première est la voie intestinale. Il est un point du tube digestif qui, par sa configuration anatomique, oblige en quelque sorte le contenu de l'intestin à stagner plus longtemps; c'est le coude droit du côlon; c'est en ce point que s'accumulent souvent les matières fécales et l'obstruction entraîne l'apparition d'une typhlo-colite attestée par des douleurs coliques, des nausées ou des vomissements. Que dans les aliments, lait ou viande, se trouvent des germes tuberculeux, séjournant plus facilement en ce point, ils provoquent des ulcérations de la muqueuse (entérite tuberculeuse) qui devient le point de départ d'un engouement par paralysie de la musculeuse; puis la séreuse s'enflamme soit par simple voisinage, soit plus habituellement par extension du processus tuberculeux. Cette typhlo-colite tuberculeuse avec péritonite localisée donne lieu à une tumeur remarquable par son siège constant au-dessous du foie et au niveau du coude droit du côlon. Un traitement approprié fait cesser l'engouement typhlo-colique et enraye l'inflammation péritonéale; tout paraît rentrer dans l'ordre jusqu'à ce que les mêmes accidents se renouvellent pour disparaître encore.

Il se peut aussi que la propagation des bacilles se fasse par les voies lymphatiques à travers le diaphragme, de la séreuse péritonéale à la séreuse pleurale, et voici la forme péritonéo-pleurale constituée.

Le mode inverse n'est pas moins net : tuberculisation pulmonaire, puis pleurale, et plus ou moins longtemps après péritonéale, telle est la forme pleuro-péritonéale. Le plus souvent toute phtisie chronique se termine par la dissémination des bacilles dans les autres séreuses par les voies lymphatiques et dans les principaux viscères par la voie sanguine ; on a plus d'une fois constaté des bacilles dans le sang des tuberculeux ; les bacilles sont des microbes immobiles, mais ils peuvent être pris et entraînés par des globules blancs, même sous leur forme bacillaire, ou plus facilement encore sous leur forme sporulaire.

Enfin l'observation de M. Bucquoy est un exemple de la propagation de la tuberculose au péritoine par la voie génitale (métrite, ovarite tuberculeuses), et elle est loin d'être rare. M. Brouardel a fait connaître, il y a déjà longtemps, son histoire.

Enfin, on peut citer un cas de M. Lannelongue où une péritonite tuberculeuse localisée à la fosse iliaque eut pour point de départ une coxalgie tuberculeuse.

Chacun des modes pathogéniques que nous venons d'indiquer commande-t-il une symptomatologie spéciale ? Les symptômes cliniques sont-ils parallèles aux causes? Oui et non.

S'il est vrai que les premiers symptômes en date puissent être dans un cas la diarrhée ou la constipation, la

douleur et la tumeur de la région typhlo-colique, que dans un autre les phénomènes péritonitiques aient été précédés par les signes d'une inflammation pleurale ou pulmonaire, — ou dans d'autres cas enfin par des troubles dans la sphère génitale, — il est vrai aussi que des circonstances indépendantes du processus pathogénique peuvent venir modifier le tableau clinique.

Que les tubercules se soient agglomérés sur le tronc de la veine porte ou un grand nombre de rameaux des veines mésaraïques, voilà une ascite constituée. D'abondance faible ou moyenne, elle n'entrave pas le diagnostic ; mais, si elle est très abondante, comme dans un cas cité par Hémey où la ponction évacua à plusieurs reprises 10 à 14 litres de liquide, on peut chez un adulte se demander si la cause n'en est pas une cirrhose hépatique. Quand le malade est un enfant, cette idée est plus facile à écarter, bien que la cirrhose existe chez l'enfant comme nous le disions dans un précédent article (1). D'ailleurs, la ponction une fois faite, l'exploration méthodique de l'abdomen rend le diagnostic plus facile.

La présence des tubercules le long des canaux biliaires avait déterminé un peu d'ictère avec décoloration des selles dans un cas vu par M. Grancher.

La compression des troncs nerveux du bassin par les exsudats péritonitiques rendait compte de la sciatique double qui a été signalée par Chomel, Louis (thèse de Pétrasu).

---

(1) L'ascite chez les enfants, 1891 n° 117.

L'inverse de la forme ascitique avec saillie énorme du ventre, c'est le cas où celui-ci est plat ou même excavé en bateau par suite de la sclérose et de la rétraction du mésentère et de l'épiploon.

Telles sont les principales difficultés qui peuvent obscurcir le diagnostic de la péritonite tuberculeuse et dont il est bon que le clinicien ait le souvenir présent.

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse est très diversement apprécié par les auteurs : il en est qui le déclarent fatal dans un temps rapproché; d'autres le croient plus bénin, d'autres enfin affirment la curabilité possible et même peu exceptionnelle.

Cette divergence s'explique peut-être par une insuffisante distinction entre les divers processus pathogéniques. Si le péritoine n'est atteint par la tuberculose que consécutivement à l'infection générale de l'économie, à coup sûr le pronostic est des plus sombres. S'il l'est consécutivement à la typhlo-colite tuberculeuse et partiellement, et c'est le cas peut-être le plus fréquent chez les enfants, le pronostic est beaucoup plus bénin et l'on peut espérer une guérison plus ou moins durable.

La curabilité de la péritonite tuberculeuse est incontestable. Spencer Wells ouvre le ventre d'une femme à laquelle il croyait enlever un kyste. Il constate une péritonite tuberculeuse, lave soigneusement la cavité et referme le ventre. La femme guérit complètement. M. Bucquoy a cité plusieurs cas de guérison complète; une femme a pu se marier, avoir des enfants et demeurer guérie. M. Grancher a vu guérir parfaitement dans le service de M. Bla-

chez une jeune fille qui avait une péritonite avec ascite, dont la nature tuberculeuse était attestée par la submatité et les craquements d'un sommet pulmonaire.

Il ne faut jamais oublier que le tubercule est une néoplasie à tendance à la fois fibreuse et caséeuse. Cette notion précieuse est venue corriger celle qui avait conduit Laënnec à un fâcheux scepticisme au point de vue de la curabilité et du traitement de la phtisie, Laënnec n'avait vu que le processus de caséification. Maintenant qu'il est avéré que les tubercules ont le plus souvent au contraire une tendance à évoluer dans le sens fibreux, à provoquer autour d'eux dans les tissus une réaction inflammatoire chronique destinée à les enkyster et à opposer une barrière à leur extension, nous ne devons jamais désespérer de réussir à favoriser cette évolution vers l'état fibreux.

III

C'est à l'hygiène alimentaire et aux révulsifs patiemment réitérés que nous devons tout d'abord demander la guérison.

Les vésicatoires de petite dimension, mais nombreux, les pointes de feu, les badigeons de teinture d'iode seront successivement appliqués sur les points où la douleur et la rétinence indiquent l'existence du travail péritonitique. Les applications de collodion élastique alterneront avec les moyens révulsifs.

Des laxatifs doux, huileux, feront cesser l'accumulation des matières dans l'intestin.

En cas de début intestinal, des lavements donnés avec de

grandes précautions, tour à tour émollients et antiseptiques, le naphtol, l'iodoforme, la créosote, favoriseront la cicatrisation des lésions intestinales, s'il en existe.

L'alimentation sera légère, simple, nutritive sous un petit volume, lait, œufs, viande rôtie, poudre de viande, glycérine. Le traitement reconstituant aura pour base l'huile de foie de morue, à doses progressivement croissantes, si elle est bien digérée et les phosphates ou hypophosphites.

Depuis les progrès étonnants de la chirurgie abdominale il y a lieu de ne pas rejeter, même dans la péritonite tuberculeuse, le traitement chirurgical. La ponction simple suivie du lavage de la cavité abdominale à l'acide borique (Debove), la laparotomie (Kœnig) même sont à discuter comme utiles dans certains cas.

IV

Toutefois, quand il y a eu guérison après ces interventions, peut-être s'agissait-il de ces péritonites chroniques dont parlait le professeur Henoch (de Berlin) dans une communication récente.

« Wolf en 1838, dit M. Hénoch, et Galvagni (en 1869) rapportèrent un nombre considérable d'observations de péritonite chronique chez les enfants. Elles supporteraient difficilement une critique sévère ; plus tard on devint si peu partisan de cette forme de péritonite que West (de Londres), en 1887 encore, considérait, dans son traité, omme tuberculeuse toute péritonite chronique chez les nfants. Il est cependant des péritonites chroniques qui

reconnaissent d'autre cause que la tuberculose ; évidemment il n'est point question ici des collections purulentes de l'abdomen consécutives à une typhlite ou autre affection.

Cette forme de péritonite qui nous occupe se caractérise essentiellement par l'absence de tout autre symptôme qu'une ascite se développant lentement et progressivement sans fièvre ni douleur.

L'étiologie en est le plus souvent très obscure ; un traumatisme peut l'occasionner ; j'en ai publié un seul cas ; il s'agissait d'une jeune fille, chez qui, à la suite d'un coup de pied dans la région du foie, se développa une péritonite chronique. Après une ponction, je sentis de nombreuses petites tumeurs dans l'abdomen que je pris pour des sarcomes. L'autopsie me révéla qu'il s'agissait de callosités et d'épaississements fibreux de la séreuse intestinale.

En présence d'une telle affection, il ne faudrait pas penser trop facilement à la tuberculose : l'enfant d'un de mes collègues, en effet, présentait de l'ascite et un spina ventosa ; l'un et l'autre disparurent complètement.

Dans quelques cas cette péritonite survient après la rougeole.

La marche est celle du cas suivant : une jeune fille de 11 ans, atteinte de rougeole en août 1885, présenta déjà en octobre de l'ascite qui nécessita ultérieurement plusieurs ponctions, puis, sans cause appréciable, le développement du ventre diminua et en août 1886 la malade était guérie.

L'état général permet seul de différencier la péritonite

chronique simple de la péritonite tuberculeuse ; l'émaciation croissante, le contraste entre le développement du ventre et les extrémités amaigries, et la présence des bacilles dans la sérosité, difficiles d'ailleurs à découvrir, sont des signes de tuberculose.

La péritonite chronique se rencontre beaucoup plus souvent chez les jeunes filles que chez les garçons : il est probable qu'il y a un rapport entre elle et les affections génitales, la vulvo-vaginite en particulier.

On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une ascite cirrhotique. L'examen du malade après la ponction éclairera le diagnostic. En tout cas l'ictère, la décoloration des fèces, les hémorrhagies gastro-intestinales sont en faveur de la cirrhose. Néanmoins il est une difficulté : dans toutes les formes de péritonite, surtout dans la forme tuberculeuse, le foie présente des lésions cirrhotiques, de sorte qu'il est souvent impossible de dire laquelle a été la première en date, l'ascite ou la cirrhose.

Le traitement, tout récent d'ailleurs, est chirurgical. La laparotomie a donné à Kœnig des résultats surprenants, encore inexpliqués. Des 130 cas de la statistique de son mémoire, sept concernent des malades de 1 à 10 ans, 30 de 10 à 20. Alexandroff, cette année, a publié également un cas de guérison auquel il en a joint 20 autres. Ils se rapportaient à des enfants de 2 à 15 ans. Le processus de guérison est obscur : on a invoqué l'action de la lumière (Lauenstein), l'exposition à l'air de la cavité abdominale, etc. Je pense qu'il faut être très circonspect sur les cas de guérison publiés, en raison du peu de durée d'observation

des malades ; cependant je ne puis qu'être surpris du résultat que donna la laparotomie pratiquée par M. Bardeleben chez un de mes malades ; ce cas porte à faire croire que nombre de péritonites tuberculeuses ne le sont qu'en apparence.

Au cours de la laparotomie, je constatai sur le péritoine de mon malade, âgé de 5 ans, de nombreuses granulations en apparence tuberculeuses. Cependant au microscope on constatait nettement leur structure fibreuse et l'absence complète de bacilles et de cellules géantes. L'enfant guérit complètement. Je ne veux nullement contester la guérison de la péritonite tuberculeuse, j'en ai vu un cas opéré par Lindner ; toutefois on a dû souvent faire erreur de diagnostic. »

P. L. G.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Suppositoires contre la fissure anale.

	gr.		gr.	
Clorhydrate de cocaïne	0.005	à	0.01	Suivant l'âge.
Extrait de belladone	0.01	à	0.05	
Extrait fluide d'hamamelis	0.10	à	0.25	
Extrait de ratanhia	0.20	à	0.50	
Iodoforme en poudre	0.10	à	0.25	
Tannin	0.50			
Beurre de cacao	2 à 4 gr.			

F. s. a. un suppositoire.

P. L. G.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Mars 1892

SOMMAIRE :

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE *(Suite)*.

Au point de vue des **indications** les observations de Leopold doivent être divisées en deux catégories.

Dans trois cas, résumés dans le tableau ci-dessous, il y avait, à son avis, *indication absolue*, c'est-à-dire que toute opération par les voies naturelles était impossible.

N°	Parité	Viciation pelvienne	Diam. prom-sous-pubien	Promonto-pub. (d'après Léopold)	Mère	Enfant
1	1	Bassin plat rachit. gén. rétréci........	7 c. 3/4	5 3/4	guérie	v. 1950
2	1	Id. à un haut degré.......	7 1/2	5 1/4 à 5 1/2	guérie	v. 3490
3	1	Id. naine rachitique.......	5 3/4	4	guérie	v. 2300

Je ne veux pas discuter ici la question de savoir si

vraiment on ne peut pratiquer l'embryotomie dans des bassins mesurant 7 centimètres 3/4 et 7 centimètres 1/2 de diamètre promonto-sous-pubien. Nous n'aurions quant à nous considéré l'indication comme absolue que dans le dernier cas (bassin de 4 cent.).

Mais passons, pour arriver tout de suite à la seconde catégorie sur laquelle porte vraiment tout le débat.

Les observations sont au nombre de 25; il s'agit dans ces 25 cas d'*indication relative* et non plus absolue; c'est-à-dire que l'opération césarienne n'était pas le seul moyen au pouvoir de l'accoucheur pour délivrer la femme. Néanmoins c'est elle qu'il a choisie.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme enceinte pour la 6e fois, atteinte de myôme intra-ligamenteux prævia, chez laquelle les cinq premiers accouchements, provoqués entre 7 et 10 mois (1), s'étaient terminés par l'expulsion ou l'extraction d'enfants morts. Leopold lui fit, au cours de sa sixième grossesse, une laparotomie dans le but de pratiquer l'ablation du fibrome qui fut reconnue impossible. La grossesse poursuivit son cours et, arrivée à son terme, la femme réclama formellement un enfant vivant. Elle guérit de l'opération césarienne. Je l'ai revue en 1890 dans le service de Leopold qui, en ma présence, lui pratiqua une troisième laparotomie au cours de laquelle, après castration, il lui retira deux ou trois fils d'argent de sa suture utérine qui agaçaient les organes voisins. Elle a guéri.

(1) Les Allemands comptent par mois lunaires.

Dans les 24 autres cas il s'agissait de bassins viciés proprement dits.

Je les résume dans les tableaux ci-dessous :

Primipares

Nos	Nos de Leopold	Viciation pelvienne	Diam.-promonto-sous-pubien	Diam.-promonto-pubien (d'après Leopold)	Mère	Enfant
1	2	Bassin plat rachitique génér. rétréci.	8 centim.	6 centim.	guérie.	vivant 2,700 gr.
2	23	Bassin plat rachitique génér. rétréci.	8 3/4 à 9	6 3/4 à 7	guérie.	vivant 3,370 »
3	11	Id. à un haut degré (procidence du cordon).	8 1/2 à 8 3/4	7	guérie.	vivant 2,307 »
4	17	Id. obliquement rétréci du côté gauche à un haut degré.	8 cent.	7	guérie.	vivant 3,070 »
5	24	Bassin plat rachitique général. rétréci.	9	7	guérie.	vivant 2,440 »
6	15	Id. à un haut degré. Bassin infantile, cypho-scoliose.	9 1/2	7 1/2	morte le 3e jour	vivant 2,580 »
7	19	Bassin plat rachitique général. rétréci.	9 1/2	7 1/2	guérie.	vivant 2,990 »
8	26	Cyphose lom.-sacrée. Bassin transversalement rétréci, surtout au détroit inférieur. Biischiatique 6 cent.		»	guérie.	vivant 2,620 »

N°	Parité	Terminaison des accouchements antérieurs	Viciation pelvienne
1	II	1er accouch, perforation et céphalotripsie.	Bassin plat rachitique géné rétréci.
2	II	1er accouch. difficile après 2 jours de travail.	id.
3	II	1er accouch. provoqué, perforation.	id.
4	IV	1er et 2e accouch. forceps. Enfants morts, 3e perforation.	id.
5	III	1er et 2e accouch. perforation et céphalotripsie.	id.
6	V	1er et 2e accouch. perforation et céphalotripsie. 3e accouch. section césarienne (n° 5 ci-dessus). 4e avortement de 3 mois	id.
7	II	1er accouch. perforation et cranioclasie.	id à un haut degré.
8	II	1er accouch. perforation.	id. avec double promontoi
9	IV	1er et 3e accouch. perforation. 2e accouch. spont. enfant petit et faible né vivant. Mort peu après.	id.
10	II	....	id.
11	II	1er accouch. forceps, perforation, cranioclasie céphalotripsie.	id.
12	II	1er accouch. Version et extraction, perforation de la tête séparée du tronc.	Bassin infantile généraleme rétréci.
13	III	1er accouch. Épaule. Version. Enfant mort, 2750 grammes. 2e accouch. spontané, enfant de 2735 grammes, mort le lendemain.	Bassin plat rachitique gén rétréci.
14	IV	1er accouch. spontané. Enfant mort. 2e accouch. perforation. 3e avortement.	id.
15	IV	1er et 2e accouch. forceps, enfant mort, 3e provoqué 6 semaines avant terme, enfant mort.	id.
16	III	1er accouch. perforation et cranioclasie. 2e version. Enfant vivant de 3100 grammes. Lésions de la cage thoracique.	id.

es

Diamètre pro-nto-sous-pubien	Diamètre pro-monto-pubien (d'après Leopold)	Mère	Enfant
7 3/4 à 8 c.	6 cent.	guérie	vivant 3500 gr.
8 centim.	6	morte le 5e jour. Périt.	vivant 2652
7 3/4 à 8	6	guérie	vivant 2620
8 1/4 à 8 1/2	6 1/2	guérie	vivant 2500
8 2/4	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 2550
8 3/4	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 3040
8 1/2	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 2800
8 1/2 à 8 3/4	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 2830
8 3/4 à 9	6 3/4	guérie	vivant 2852
»	6 1/2 à 7	morte	vivant
9	7	guérie	vivant 3800
9	7	guérie	vivant 3260
9	7	guérie	vivant 3235
8 1/2	7	guérie	vivant 3520
9	7 à 7 1/4	guérie	vivant 2990
9 1/2	7 1/2	guérie	vivant 3340

Pouvons-nous, voulons-nous suivre Leopold et nombre de ses compatriotes dans cette voie de l'opération césarienne à indication relative?

Avec notre maître M. Pinard nous répondions, il y a deux ans : « Non, s'il existe une autre opération qui donne une *mortalité maternelle nulle* que nous puissions opposer aux 10 0/0 (et plus) de la mortalité césarienne. »

Pour simplifier encore le débat, laissons de côté la question de savoir si l'on n'a, dans ces bassins, rien à attendre de l'accouchement prématuré pratiqué d'après des règles plus modernes que celles qui paraissent guider Leopold.

Admettons qu'il soit impossible d'extraire un enfant vivant par les voies naturelles. Il faut choisir entre la césarienne et la craniotomie ; et c'est à l'accoucheur de choisir. C'est en vain qu'il chercherait à se décharger de cette responsabilité sur la mère et le père de l'enfant. Leopold dit : consultez-les ; exposez-leur la situation, donnez-leur des éclaircissements sur la gravité des choses, et opérez s'ils donnent leur assentiment. Mais d'abord la mère au moins n'a pas son libre arbitre dans le plus grand nombre des cas. Et puis surtout, il y a deux façons d'exposer les dangers d'une opération et je n'en veux pour preuve que l'observation qui suit :

Une primipare, non mariée, abandonnée par le père de son enfant, se présente un matin à la clinique Baudelocque pour savoir si elle accoucherait dans de bonnes conditions, car on lui avait dit qu'elle avait probablement le

passage trop étroit. Elle avait eu vers l'âge de 12 ans une sacro-coxalgie gauche de longue durée, avec suppuration, dont il lui était resté un raccourcissement et une boiterie des plus marquées.

L'examen pratiqué par M. Pinard montra que la grossesse était près du terme, l'enfant volumineux et que le bassin, oblique ovalaire type, présentait un rétrécissement tel qu'on ne pouvait songer à extraire l'enfant vivant par les voies naturelles.

Ceci posé, M. Pinard fit sur cette femme, entrée à la clinique depuis quelques instants seulement, profondément troublée par l'examen qu'elle venait de subir et la présence de nombreux élèves, une expérience des plus instructives.

Il lui exposa que « l'on ne pouvait l'accoucher que de deux façons : dans un cas, il n'y avait aucun risque pour elle, mais on était obligé de sacrifier son enfant; dans l'autre il y avait *quelques risques* pour elle, mais il était presque certain qu'on sauvait l'enfant ».

Et la femme de répondre immédiatement : « Je veux mon enfant. Opérez-moi par le second procédé ».

On lui répéta à plusieurs reprise ce qui précède. Elle n'en voulut pas démordre, et nul doute qu'à ce moment même elle ne se fût laissé ouvrir le ventre sans la moindre résistance.

M. Pinard lui laissa néanmoins 24 heures de réflexion, en nous priant de lui préciser les risques que lui faisait courir l'opération césarienne.

Nous lui exposâmes alors que « par l'opération césarienne, pratiquée dans les meilleures conditions, elle avait 10 *chances sur* 100 *de mort.* »

Le lendemain matin à la visite, elle refusait absolument l'opération césarienne, alléguant qu'elle craignait que son enfant ne fût malheureux.

On pratiqua l'accouchement provoqué et la basiotripsie. Cette femme guérit.

Est-ce ainsi qu'on procède chez nos voisins ? J'affirme que non, et c'est Leopold lui-même qui va prouver mon assertion : « J'avais toujours devant les yeux, dit-il, les suites éclatantes de la césarienne qui sauve à la fois la mère et l'enfant et nous évite la triste nécessité de tuer un enfant vivant. La conséquence *naturelle* de ces réflexions fut que je pratiquai l'opération chez trois femmes *qui n'avaient pas exprimé le désir d'avoir un enfant vivant* ».

Voilà la seconde manière d'exposer la question, celle qui nous explique pourquoi tant d'Allemandes *réclament* l'opération césarienne, alors que chez nous les femmes du peuple qu'on place en face de dix chances de mort (au moins) sur cent pour avoir leur enfant vivant répondent invariablement : « J'aime mieux moi ».

Donc, en France, nous plaidions plutôt contre la césarienne pour la raison suivante que nous empruntions à Leopold lui-même :

« Il n'est pas douteux que l'opération césarienne, accomplie d'après les plus récents perfectionnements, ait

un chiffre de mortalité extraordinairement faible, mais qui n'a pu cependant encore atteindre le pourcentage de l'embryotomie..... On peut tourner et retourner la statistique comme on veut : *le plus grand nombre des mères sauvées est du côté de l'embryotomie.* »

C'est une vérité que Caruso a cherché en vain à contester, en s'appuyant sur une statistique fantaisiste.

Caruso réunit dans sa statistique 364 perforations dans des bassins viciés, pratiquées, depuis l'introduction de l'antisepsie dans la pratique obstétricale, par Olshausen, Credé, Gusserow, Pinard, Winckel, sans distinguer ces opérations suivant le degré du rétrécissement contre lequel elles ont été dirigées, sans mettre à part les perforations faites sur l'enfant mort. Sur ces 364 cas, il y a 22 morts, soit 6 0/0.

Cela fait, il compare les 364 perforations à 83 opérations césariennes pour bassins à indication relative, rassemblées de ci de là par la bibliographie et qui ont donné 9 morts, soit 10,8 0/0.

Ainsi, du côté de la perforation, on aurait 94 mères sur 100 sauvées, mais tous les enfants morts ; et du côté de la césarienne, 89 mères sur 100 sauvées et tous les enfants, excepté 1, vivants. La supériorité numérique, en faveur de la césarienne, serait alors telle, qu'elle devrait nous pousser à substituer la césarienne conservatrice à la craniotomie, sous les conditions connues.

C'est, ainsi que le remarque Leopold, dépasser singulièrement le but ; car, même d'après ces chiffres, la perforation sauverait encore 5 0/0 de mères en plus.

En réalité, elle fait mieux, et ceci ressort des statistiques de Leopold, de Carl Braun, de Pinard.

Pendant la période où il pratiquait ses 28 opérations césariennes, Leopold a fait 92 fois la craniotomie chez des femmes venues à sa clinique, avant tout début de travail ou tout à fait au début, et pratiqué l'extraction consécutive, le plus souvent avec le cranioclaste. Aucune de ces femmes n'est morte. La mortalité par craniotomie doit donc être considérée comme égale à 0. Carl Braun et ses deux assistants, E. V. Braun et Hertzfeld, ont publié la statistique de la première clinique obstétricale de Vienne, de 1881 à 1887. On y voit que 51 fois la craniotomie fut pratiquée pour viciation pelvienne ; une seule femme est morte, soit 1,95 0/0.

Enfin le professeur Pinard, réunissant tous les cas de basiotripsie pratiqués à Paris de 1884 à 1887, dans les conditions où cette opération aurait pu être mise en balance avec la césarienne, arrive à une mortalité de 0 pour cent.

De sorte qu'en prenant les meilleures statistiques des deux côtés, on a (Leopold) :

Sur 28	césariennes conservatrices	3	morts	=	10,7 0/0.
Sur 92	embryotomies céphaliques	0	—	=	0 0/0.

L'avantage en faveur de l'embryotomie est plus marqué encore, si, comme le fait Leopold, on borne le parallèle aux césariennes et aux perforations pratiquées pour des bassins de 6 à 7 1/2. Il trouve ainsi :

Après 25	césariennes	à indication relative	3	mères mortes	=	12 0/0.
Après 22	embryotomies	—	—	0	—	— =	0 0/0.

« Par conséquent, écrivions-nous en 1890, il ne peut y avoir doute à l'heure présente : l'avantage pour la mère — et c'est celui que l'école française a toujours mis en première ligne — est pour l'embryotomie contre la césarienne.

« Nous conclurons donc avec Carl Braun : la craniotomie ne peut aujourd'hui être remplacée par la césarienne que si la mère réclame *énergiquement* cette opération ; — nous ajouterons, si elle persiste à la réclamer, alors qu'on lui a montré que dans les meilleures conditions, elle a *au moins* 10 chances de mort sur 100 ; — par suite, la césarienne conservatrice ne peut suppléer la craniotomie que dans des cas *tout à fait* exceptionnels ».

Depuis lors et pour des raisons que nous exposerons dans un prochain article sur la *symphyséotomie* notre répulsion pour l'opération césarienne à *indication relative* n'a fait que s'accroître. Le temps n'est pas éloigné où l'indication relative sera définitivement abandonnée.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE RADICALE, SUIVIE D'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE. OPÉRATION DE PORPO.

Dans le but de diminuer les dangers de l'opération césarienne conservatrice (hémorrhagie primitive, infection péritonéale secondaire) le professeur Porro, de Pavie, proposa vers 1875 de toujours faire suivre l'opération césarienne de l'hystérectomie abdominale avec traitement extra-éritonéal du pédicule. Le 21 mai 1876 il fit de propos

délibéré cette opération sur une parturiente à terme rachitique ; la mère et l'enfant furent sauvés.

Depuis lors, et après des alternatives nombreuses, l'opération césarienne radicale est entrée dans la pratique et nous tenterons de démontrer plus loin qu'elle y doit occuper une place prépondérante parmi les procédés de section césarienne.

Nous allons d'abord en étudier le manuel opèratoire. Comme nous l'avons fait pour la césarienne conservatrice, nous résumerons la technique opératoire qui a donné à Breisky 11 succès sur 11 opérations et à Leopold, 7 succès sur 7 opérations.

Ces deux opérateurs ont employé pour le traitement du moignon la méthode extra-péritonéale, qui, si elle demande plus de temps pour conduire à la guérison, met d'une façon plus certaine la malade à l'abri des hémorrhagies et de l'infection secondaire.

Dans tous les cas ils ont donc eu recours à la méthode de Porro pure, à l'exclusion des modifications proposées successivement par Bompiani, Hubert, Wasseige, Franck, Duchamp, etc., et dont la plupart n'ont jamais été mises en pratique.

Jamais non plus ils n'ont employé le procédé de Bischoff qui consiste à extirper l'utérus en entier en le détachant de ses insertions vaginales comme dans l'opération de Freund (hystérectomie abdominale totale) sur l'utérus à l'état de vacuité ; procédé hardi qui sur 5 opérations portant sur des femmes à terme a donné 5 morts (Bischoff Spencer Wells, Schrœder, Fochier, Grapow).

Manuel opératoire. — Voici comment procédait Breisky.

Suivant les circonstances il a opéré avant ou après le début du travail; longtemps (22 et 36 heures) après l'apparition des premières douleurs; longtemps (12 et 14 heures) après la rupture des membranes; après des tentatives d'accouchement par les voies naturelles, faites avant l'arrivée de la femme à la maternité.

Après un grand bain et une toilette préparatoire qui consistait à raser le pubis et le bas-ventre, il nettoyait le vagin et le col à fond avec une solution phéniquée à 50/0 et les tamponnait ensuite à la gaze iodoformée. Immédiatement avant l'opération le bas-ventre est encore brossé à l'eau chaude et au savon, nettoyé une dernière fois avec de l'éther sulfurique et enfin recouvert de gaze au sublimé trempée dans la solution à 1/1000 et qui n'est enlevée qu'au moment même où l'on pratique l'incision abdominale.

Cette incision faite, ainsi qu'il a été dit plus haut, l'utérus est, comme dans la césarienne conservatrice, extrait du ventre et une ligature élastique provisoire est appliquée sur le segment inférieur.

L'incision de l'utérus, l'ouverture de l'œuf, l'extraction du fœtus, la striction progressive de la ligature élastique à mesure que l'utérus se vide, tout cela se fait comme si l'on devait laisser et suturer l'utérus. De même, pour prévenir l'issue de l'intestin on fait, là où besoin est, une suture abdominale provisoire. C'est alors seulement que la technique change.

Devant le tube élastique bien serré et près de lui, on

fiche au travers de l'utérus une longue broche. Sous cette broche on passe, avec l'écraseur de Cintrat, un premier fil d'archal; de la même façon, mais au-dessus de la broche, un second fil d'archal est posé avec un second écraseur. Quand les deux fils sont en place, toujours tenus par les écraseurs qui pendent au dehors, l'utérus et les ovaires sont enlevés d'un coup de couteau et, pour finir, on serre énergiquement les fils jusqu'à complète ischémie du moignon.

Quand la surface d'amputation est devenue par la striction tout à fait blanche, on n'a à craindre ni hémorrhagie secondaire ni glissement du moignon. D'après les mesures prises sur les fils tombés le diamètre transverse du moignon oscille entre 2 cent. 1/2 et 3 centim.

Avant la toilette définitive du moignon les parois abdominales sont fermées par une suture de soie à 3 étages. La suture la plus inférieure à qui revient la tâche de coller aussi étroitement que possible le péritoine de l'angle inférieur de la plaie abdominale au moignon est faite avec un fil d'argent qui traverse d'un seul coup toute l'épaisseur de la paroi.

Dans aucun des onze cas de Breisky le péritoine pariétal n'a été suturé spécialement au péritoine viscéral du moignon.

Pour faire la toilette du moignon on le régularise autant que possible; on excise le plus qu'on peut de la muqueuse utérine pour éviter la production de fistules.

Puis l'entonnoir cervical et toute la surface du moignon sont profondément cautérisés avec le Paquelin.

Tout autour du moignon et sous la broche, pour empêcher le sphacèle de la peau, on dispose des bandelettes de gaze iodoformée. Enfin le moignon est recouvert d'une grande quantité du mélange suivant :

Calcar. sulfur. anhydr (sulfate de chaux anhydre)	100
Olei cadini (huile de cade)	15

sous lequel le moignon se momifiera. Par-dessus on fait le pansement habituel des laparotomies.

Le pansement n'est renouvelé que le 10ᵉ ou le 11ᵉ jour; à ce moment il est habituellement possible d'enlever le moignon et ses fils ainsi que toutes les sutures.

Dès lors le pansement est changé tous les jours et l'entonnoir de l'angle inférieur de la plaie drainé avec la gaze iodoformée.

(*A suivre.*) H. VARNIER.

LA COQUELUCHE

DIAGNOSTIC, PATHOGÉNIE, COMPLICATIONS, TRAITEMENTS

(*Suite.*)

Quand on songe combien la coqueluche fatigue les enfants, même quand elle est bénigne et d'une durée moyenne, on comprend avec quelle anxieuse insistance les mères tourmentent le médecin pour avoir une réponse précise, dès que les enfants sont pris d'une toux assez violente. « Docteur, est-ce la coqueluche ou n'est-ce qu'un rhume ? »

Il n'est malheureusement pas toujours facile à la première période de la coqueluche de répondre catégorique-

ment à une telle question ; on doit tenir compte de plusieurs signes pour établir le diagnostic différentiel. D'abord c'est une toux *sèche*, *courte*, saccadée, fréquente, accompagnée d'une sensation de titillation gutturale insupportable. — L'enfant a-t-il eu la rougeole? — Cette toux, qui peut se rapprocher de la toux *férine*, est pourtant généralement moins sonore ; elle ne s'accompagne pas de coryza, d'éternuements, de larmoiement. — Les secousses de toux qui peuvent se répéter quinze, vingt, trente fois par minute se groupent en quintes à intervalles plus ou moins longs, et, si ces quintes sont plus accentuées la nuit, on doit pencher vers la coqueluche. — La notion de contagion permit un jour à Trousseau d'éviter une erreur : une demoiselle soumise à son examen présentait une fièvre véhémente, une toux incessante et quelques râles dans la poitrine ; on pouvait songer à une phtisie aiguë ; mais, quand il sut que la jeune personne avait été voir son frère atteint de coqueluche, le maître n'hésita pas à affirmer ce diagnostic.

Autre embarras : chez les enfants prédisposés, le début est quelquefois signalé par des accès de laryngite striduleuse ou par d'autres accidents spasmodiques tels qu'une sorte de hoquet (Trousseau), à l'exclusion de tout élément catarrhal.

Le mouvement fébrile a en général plus de vivacité et de durée que dans un rhume simple ; il peut manquer absolument par exception. Presque constamment la langue est saburrale sans que l'appétit soit d'ordinaire altéré.

Noël Gueneau de Mussy dans ses remarquables Études

cliniques (1), a insisté sur la valeur d'une sorte d'énanthème muqueux qu'il a décrit ainsi : « En observant la gorge, j'ai trouvé la luette rouge, injectée, ainsi que la partie interne des piliers antérieurs du voile du palais. Cette injection dessine sur ces piliers deux bandes d'un rouge rosé qui en suivent les contours et vont se réunir dans la base de la luette. Tout l'isthme du gosier et le pharynx présentent la même injection ; les glandules de ce dernier deviennent saillantes et donnent à la muqueuse un aspect chagriné ou granuleux. » Cet érythème se distingue facilement du pointillé de la rougeole, de la rougeur ardente de la scarlatine, de l'aspect vernissé de l'érysipèle du pharynx, mieux encore de la rougeur saumonée de la voûte palatine et de la muqueuse buccale signalée par le même clinicien au début des oreillons.

Gueneau de Mussy pensait que dès le premier septénaire commence un engorgement des ganglions trachéobronchiques qu'il avait toujours rencontré à des degrés divers et auquel il a fait jouer le principal rôle dans la pathogénie de la toux convulsive.

On sait bien, depuis la description minutieuse qu'en a donnée M. Baréty, que les ganglions trachéo-bronchiques forment trois agglomérations principales : l'une inférieure située dans l'angle formé par la divergence des deux grosses bronches, en contact immédiat avec les deux pneumogastriques et le plexus pulmonaire qu'ils contribuent à former, — deux autres supérieures, situées sur les côtés de la trachée, en rapport avec les nerfs récurrents

(1) *Union médicale*, 1875.

et se continuant avec deux chaînes ganglionnaires qui accompagnent ceux-ci dans leur marche ascendante. Par ces rapports intimes entre les ganglions trachéo-bronchiques et les nerfs de la dixième paire paraissent être expliquées, « ces altérations de la voix, ces dyspnées, ces toux rauques, ces inspirations sifflantes et comme étranglées entre les lèvres de la glotte convulsivement contractées », phénomènes consécutifs à tout travail morbide développé dans ces ganglions et les tuméfiant. C'est par la percussion et l'auscultation que se révèle l'engorgement ganglionnaire. Dans la région sternale en avant et dans la région interscapulaire en arrière on constate la matité, la résistance au doigt ou au moins une tonalité plus aiguë; le murmure respiratoire est modifié du côté correspondant aux ganglions malades : il est plus faible, plus rude, plus aigu, quelquefois aspiré ou roncheux, assez souvent suivi d'une aspiration presque soufflante. La compression de la bronche principale par les ganglions engorgés entraînerait également une diminution de l'expansion thoracique, tandis que dans l'emphysème la faiblesse du bruit respiratoire s'accompagne d'une ampliation exagérée. Le décubitus pendant le sommeil du côté affecté, précisément parce que ce côté respire moins librement que l'autre, serait ici observé comme dans la pleurésie avec épanchement considérable.

Enfin il convient d'ajouter aux symptômes précédents des plaintes poussées pendant le sommeil, une sorte de *gémissement* qui accuse le malaise inspiratoire. Plus pro-

noncés encore dans la période suivante, ces gémissements paraissent augmenter quand le malade se couche du côté opposé aux ganglions affectés, et quelques enfants les poussent même dans le jour après les quintes.

La durée moyenne de la première période de la coqueluche est de huit à quinze jours.

Alors apparaît le phénomène dominant de la seconde période, la quinte convulsive, qui est considérée comme le signe essentiel, caractéristique de la maladie; il convient pourtant d'apporter quelque restriction à la valeur de ce symptôme, puisque des toux quinteuses semblables existent dans d'autres affections thoraciques qui s'accompagnent d'adénopathie trachéo-bronchique, notamment dans la tuberculose pulmonaire, dans les tumeurs du médiastin, dans certains anévrysmes de l'aorte.

C'est dans la description de la quinte que Trousseau a déployé les merveilleuses ressources de son style inimitable et le saisissant tableau qu'il en a laissé est dans toutes les mémoires. Le sifflement inspiratoire qui succède aux secousses expiratoires et le rejet d'un liquide glaireux et filant paraissent être en somme la véritable caractéristique de la quinte de coqueluche légitime et la différencient des formes frustes et dégénérées. Celles-ci apparaissent sous forme de toux simplement quinteuses et durent une quinzaine de jours chez des individus qui vivent dans un foyer de coqueluche. Ce sont des *coqueluchoïdes* qui toutefois peuvent transmettre la coqueluche, comme la varioloïde peut transmettre la variole. La contagiosité est la pierre de touche de ces coqueluches.

Nous nous garderons bien de rappeler à nos lecteurs tout ce que disent les classiques sur les variétés des accès, leur nombre, leur terminaison et les causes occasionnelles qui les font naître. Arrivons au point qui est d'un véritable intérêt clinique et pratique, aux complications de la coqueluche.

En somme la coqueluche n'est pas grave par elle-même, elle le devient, hélas ! trop souvent par ses COMPLICATIONS, et par ce côté nous serions tenté de la rapprocher de la scarlatine. Plusieurs de ces complications peuvent devenir des causes de mort ; car on meurt de la coqueluche — assez rarement à la vérité pour ne pas assombrir trop les statistiques, — mais assez souvent pour imposer au praticien le devoir de se montrer assez réservé dans son pronostic chez les jeunes sujets ou ceux qui sont antérieurement cachectisés.

Ces complications sont imputables à des *infections secondaires*, à des *troubles nerveux*, à des *conséquences mécaniques* de la toux, à des *troubles de la nutrition*.

La congestion pulmonaire, la bronchite capillaire, la pneumonie lobulaire sont assurément les causes les plus fréquentes de mort dans la coqueluche ; c'est aux microbes pathogènes capables d'infecter les voies respiratoires, qu'ils viennent de la bouche ou de l'air — pneumocoques, streptocoques, staphylocoques dorés (Haushalter) — que ces phlegmasies sont attribuables. On sait que l'atténuation des manifestations nerveuses de la toux, dès que l'inflammation broncho-pulmonaire se déclare, a contribué à la nais-

sance du fameux adage, *febris spasmos solvit ;* on n'ignore pas non plus que l'élévation de la température, la fréquence des pulsations et des mouvements respiratoires avec dyspnée croissante, l'apparition des râles sous-crépitants fins et du souffle sont les signes ordinaires de cette complication redoutable.

Mais, outre ces phlegmasies aiguës, il faut encore redouter le développement à échéance plus lointaine de la tuberculose pulmonaire, et nos anciens avaient bien raison de dire par la plume énergique de Willis que la rougeole et la coqueluche étaient les deux *vestibula tabis.*

Les complications de l'élément nerveux sont d'un intérêt au moins égal ; c'est à elles que sont imputables les cas de mort subite. M. Du Castel en 1872, dans sa thèse inaugurale a cité plusieurs exemples de morts rapides après des accès de coqueluche. Les uns sont attribués par lui soit à un état comateux, interrompu par des convulsions généralisées et symptomatiques d'hémorrhagies méningées, soit à des convulsions toniques limitées, c'est-à-dire à un véritable spasme de la glotte avec tétanos des muscles expirateurs. Les autres peuvent être dus à l'arrêt du cœur (*convulsions internes*, de certains auteurs) : Wintrich a en effet expérimentalement démontré qu'une série d'expirations énergiques et précipitées peut arrêter le cœur en diastole et, grâce à une observation clinique attentive, M. Huchard (1) dit être arrivé à constater par la percussion

(1) Thèse d'agrég. de M. PITRES, 1878. Notes.

l'augmentation de volume du cœur pendant et après les accès de toux de la coqueluche; il se produit une véritable dilatation aiguë du cœur; c'est, pour employer l'expression connue, un *cœur forcé*.

Aux complications de l'élément mécanique ressortissent les vomissements incoercibles qui succèdent à chaque quinte et s'opposent à l'alimentation. Si les quintes sont très fréquentes, la nutrition peut être absolument entravée; le malade meurt littéralement de faim, il court à l'inanition et à la cachexie avec toutes leurs conséquences, l'entérite, la diarrhée colliquative. Il y a lieu de distinguer les vomissements mécaniques des vomissements cérébraux dus aux complications de congestion cérébrale, de thrombose des sinus, de méningite à pneumocoques et qui présentent ce caractère de s'opérer sans effort, *en fusées*, comme on dit.

L'emphysème extralobulaire serait très rare d'après Rilliet et Barthez, qui en donnent la raison suivante : la série des expirations quinteuses expulse l'air du poumon, et la constriction du larynx pendant la reprise en empêche la rentrée. Pourtant, M. Roger a cité un cas où la mort a été la conséquence d'un emphysème interlobulaire, puis sous-cutané généralisé.

Il en est de même du pneumothorax, qui a été vu cependant.

Les hémorrhagies ne sont pas d'ordinaire des complications mortelles, à l'exception de celles des méninges ou du cerveau: pourtant des épistaxis réitérées peuvent

contribuer notablement à affaiblir le malade. Nous ne pousserons pas plus avant, n'ayant pas voulu passer en revue toutes les complications (dilatation des bronches, hernies, rupture du tympan, ulcération sublinguale, etc.), mais seulement étudier celles qui peuvent mettre la vie en danger.

Disons quelques mots du PRONOSTIC : il devra être basé sur le nombre des quintes, — grave lorsque celui-ci dépasse quarante par jour, fatal au delà de soixante — sur l'existence des complications que nous avons citées, sur l'âge (avant six mois l'enfant est bien compromis), enfin, sur l'état antérieur (rougeole, scrofule, tuberculose à laquelle la coqueluche viendra donner un coup de fouet).

II

On peut envisager à divers points de vue le TRAITEMENT.

Rappelons d'abord ces paroles de Franck : « Il est plus facile d'abréger d'un jour la vie du malade que d'un jour la coqueluche. » Elles sont peut-être encore vraies aujourd'hui; en attendant qu'on ait trouvé un spécifique, c'est-à-dire l'antiseptique capable de tuer le microbe encore peu étudié, il faut faire la *thérapeutique des symptômes* avec énergie et discernement. Toutefois il est indispensable que nous fassions connaître la plupart des médications qui ont éte proposées.

La contagiosité de la coqueluche étant certaine, l'idée de la traiter par les médicaments antiseptiques devait venir

naturellement. Nous ne savons, il est vrai, rien de suffisamment précis sur l'agent pathogène.

Après Poulet, Letzerich, Heuke, Hallier, Tschamer ont signalé les premiers des micro-organismes dans l'expectoration des coquelucheux.

Burger (de Bonn) a décrit plus récemment de petits corpuscules d'inégal volume, paraissant à un très fort grossissement avoir une forme en biscuit, disséminés irrégulièrement ou disposés linéairement, et ressemblant un peu au leptothrix buccalis, se colorant par la fuchsine et le violet de méthyle. Ces micro-organismes n'ont été ni cultivés, ni inoculés avec succès.

Plus tard Afanasieff (1) a publié sur la bactériologie de la coqueluche un travail dont les conclusions se résument ainsi :

1° Il y a dans les crachats de la coqueluche des bacilles très fins, courts, qui se distinguent de tous les autres, pathogènes ou non, par des caractères morphologiques et biologiques spéciaux.

2° Inoculées dans les voies respiratoires de jeunes chiens ou de lapins, ces bactéries sont éminemment pathogènes. La maladie qu'elles provoquent peut s'appeler *coqueluchiforme* et se complique souvent de broncho-pneumonie.

3° Ces bactéries, chez les animaux contaminés, se fixent de préférence sur la muqueuse des bronches, de la trachée et du nez.

(1) *Bulletin médical*, novembre 1887.

4° Les mêmes bactéries se trouvent dans les cadavres d'enfants morts de la coqueluche, sur la muqueuse des voies respiratoires.

5° On peut donc considérer le bacille comme cause essentielle de la coqueluche et le nommer *bacillus tussis convulsivœ*.

Les travaux d'Afanasieff n'ont pas convaincu tout le monde. Mais, quel que soit le microbe pathogène, ce qu'il importerait surtout de connaître, c'est le lieu où il se cantonne.

La première supposition qui devait se présenter à l'esprit, c'est qu'il existe dans les voies respiratoires, et notamment dans les bronches. De là les nombreuses tentatives faites pour guérir la coqueluche par des inhalations de médicaments antiseptiques. Dans ce nombre on peut ranger les vapeurs hydrocarburées des usines à gaz, que l'expérience a depuis longtemps condamnées comme exposant les enfants à contracter des broncho-pneumonies. L'atmosphère des salles d'épuration renferme surtout du sulfhydrate d'ammoniaque, de l'acide phénique et du goudron.

Plusieurs médications ayant l'antisepsie pour base ont été préconisées depuis quelques années.

Les pulvérisations ou inhalations d'*acide phénique* ont été surtout essayées avec différents modes opératoires.

Ortille (de Lille) fait placer devant la bouche du malade, au moment de l'inspiration sifflante qui suit la quinte, un lacon à large ouverture contenant une solution phéniquée.

La nuit, une assiette remplie d'acide phénique, de pétrole et de benzine est à découvert dans la chambre.

Scheiding fait tendre autour du chevet du malade des draps que l'on arrose trois ou quatre fois par jour avec une solution phéniquée à 1/100.

Robert Lee fait inhaler pendant 10 à 15 minutes toutes les quatre heures 7 grammes d'une solution d'acide phénique à 1/10 dans 120 gr. d'eau.

Gerhardt et Burchardt ont institué des pulvérisations avec la vapeur d'une solution phéniquée à 1 gr. 50 p. 100, trois fois par jour à 10 centimètres de la bouche.

Thorner a essayé les inhalations avec des solutions progressivement croissantes de 1/100 à 1/50.

M. Goldschmidt (de Strasbourg) a vanté les pulvérisations d'une solution d'acide phénique à 4 ou 5 0/0. Le jet du pulvérisateur est dirigé non seulement vers le malade, mais dans tous les recoins de la chambre, sur les tentures et les objets de literie. L'opération est renouvelée toutes les deux ou trois heures et l'on pulvérise chaque fois 40 à 60 grammes de la solution, suivant la grandeur de la pièce. Il faut qu'en y pénétrant du dehors on sente une forte odeur d'acide phénique. Car c'est à la condition de tenir les sujets dans une atmosphère chargée en permanence de molécules d'acide phénique que M. Goldschmidt a obtenu, dit-il, depuis douze ans, et sur une centaine d'enfants « des résultats parfois étonnants, satisfaisants toujours ».

Pick emploie un masque contenant une boulette de coton

imbibée de 15 à 20 gouttes d'acide phénique pur liquide, il dit n'avoir pas eu d'accidents.

Davezac (de Bordeaux) pulvérise en abondance une solution à 1/500e, coupée de moitié d'eau.

C'est par la voie gastrique qu'Oltramare (de Genève) emploie l'acide phénique ; il prescrit l'usage d'une potion contenant :

Acide phénique....................	1 gr.
Sirop de menthe....................	40 gr.
Eau..............................	80 gr.

Cory, Suckling, Illingworth sont aussi partisans de l'emploi interne de l'acide phénique.

L'acide phénique est si mal toléré par les enfants en général que je n'oserais pas essayer sur des enfants très jeunes ces divers médications.

C'est le *pétrole* qu'Hildebrandt emploie en inhalations au moyen de petits chiffons imprégnés de pétrole qu'on laisse traîner sur l'oreiller ou de petites assiettes contenant du pétrole disposées en divers points de la chambre.

La *quinine,* sous diverses formes (à l'intérieur, en insufflations, en pulvérisations) et à l'état de chlorhydrate (Lasinski), de sulfate ou de tannate (Binz, Poskin) a été très vantée (Thornton Parkes, Perera, Misrach, Sauerhering, Campbell, Kolover).

Le *sulfate de quinine,* que Heuke s'efforce de faire pénérer dans les voies aériennes, a été administré à l'intérieur

par Edw. Bruen aux doses de 0 gr. 30 à 1 gr. 20 par 24 heures suivant l'âge. Keating emploie des doses moins fortes (0,60 au moins), mais il associe la quinine au *carbonate d'ammoniaque.*

Tordeus prescrit le *benzoate de soude*, à l'imitation de Letzerich, en potion à la dose de 5 grammes.

Poulet conseille de tenir les malades dans une atmosphère antiseptique formée par l'évaporation du mélange :

Thymol	10 gr.
Alcool	250 gr.
Eau	750 gr.

A l'intérieur il prescrit les sirops de goudron, de thymol, d'acide phénique, d'eucalyptol, de pin maritime, etc.

M. Bouchut a aussi employé le thymol.

L'*acide salicylique* a été employé par Otto. Le *salicylate de soude* en inhalations ou à l'intérieur a été préconisé par Gonzalès, Mirande, Neubert, Perroud et Nodet (de Lyon).

Kolover, après avoir échoué avec les applications d'acide salicylique dans les narines et l'administration de la quinine à l'intérieur, a obtenu des succès en injectant dans la bouche une solution de quinine aussi profondément que possible, auprès du bord postérieur du pharynx. Pour arriver à ce résultat, la mère de l'enfant abaisse la langue avec un objet approprié et fait prononcer à l'enfant la lettre A. Dans un grand nombre de cas, les attaques cessèrent ou diminuèrent considérablement en trois jours ou ou tout au plus en huit jours. Ce mode de traitement est

parfaitement supporté par les petits malades. Kolover donne la formule suivante de la solution qu'il emploie :

Sulfate de quinine..................	4 gr.
Acide sulfurique....................	2 gr.
Eau distillée........................	190 gr.

Pendant les trois premiers jours, on fait, toutes les deux heures, une injection avec une seringue pleine et toutes les trois heures seulement pendant les quatre autres jours.

M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) a pensé, lui, que le lieu de séjour de l'agent était le larynx et c'est par des attouchements au niveau des cordes vocales inférieures qu'il pense en avoir raison. Moncorvo avait essayé d'abord l'acide salicylique. Maintenant il fait les attouchements préalables avec une solution de cocaïne à 10 p. 0/0, puis il badigeonne la glotte avec une solution de *résorcine* de 1 à 3 p. 0/0.

W. Hedger fait des pulvérisations de résorcine en solution à 2 pour 100 pendant cinq minutes toutes les trois heures.

On a encore employé *l'essence de térébenthine* en inhalations (Baréty, Bodier et Legroux), l'eau térébenthinée (Keppler, Widerhoffer), la térébenthine à l'intérieur (Otto Ringh et Schliep).

Enfin on a vanté les inhalations d'*acide sulfureux* (Mohn, Schonberg, Kaurin, Schliep, Féréol, P. Vigier).

Quand on eut appris par les travaux de Hack l'importance des réflexes partis des fosses nasales et la fréquence les accès d'asthme, des spasmes bronchiques, des accès

de toux d'origine nasale, on pensa que la présence d'un agent pathogène dans les fosses nasales était le stimulus des quintes coqueluchiales. Il est certain que souvent des petits coquelucheux se plaignent de vives démangeaisons dans les fosses nasales peu de temps avant l'explosion d'une quinte et qu'on les voit alors se frotter énergiquement le nez.

C'est Michael (de Hambourg) qui a préconisé *l'insufflation dans le nez de poudres médicamenteuses*, comme mode de traitement de la coqueluche ; comme poudres, il a essayé des antiseptiques, associés ou non à des poudres inertes : quinine, benjoin pulvérisé, puis acide borique, acide salicylique, iodoforme, tannin, bicarbonate de soude, poudre de marbre.

Voici la statistique de Michael sur 250 cas. Aucun résultat dans 25 p. 100 des cas, 75 fois sur 100 effets très prononcés, quelquefois surprenants : 7 fois sur 100 guérison en deux ou trois jours ; 23 fois sur 100, en moins de vingt jours. Mortalité : 1 p. 100, au lieu de 11 à 18 p. 100 (mortalité moyenne de la coqueluche à Hambourg).

Chez nous, le Dr Guerder a vanté les insufflations de poudre de café et d'acide borique.

« Le café torréfié contient encore beaucoup d'eau ; après l'avoir moulu, on le fait sécher sur un feu doux ; puis on le pulvérise au mortier en poudre fine ; on fait sécher de nouveau pendant deux heures et on y mélange l'acide borique. Cette poudre est un peu grasse et se tasse facile-

ment, mais pas assez toutefois pour qu'on ne puisse l'insuffler aisément. On peut se servir d'un tube en verre, d'une plume d'oie ou d'un insufflateur à poire en caoutchouc. Si on emploie ce dernier instrument, dans lequel la poudre en sortant du réservoir passe par un tamis qui la divise pendant la projection, il faut avoir soin d'agiter préalablement l'instrument et de comprimer assez vivement la poire. »

M. Guerder a reconnu que les résultats obtenus étaient bien meilleurs quand il pratiquait lui-même les insufflations matin et soir, les mères ne réussissant point toujours à les faire convenablement.

Sur 30 enfants traités par les insufflations nasales, 18 avaient déjà été traités par un sirop calmant, mais 17 ont été soumis exclusivement aux insufflations sans autre médicament qu'un ou deux vomitifs, dans quelques cas, pendant la période catarrhale. En général, en un espace de temps variant de 2 à 6 jours, les quintes tombaient de 15 ou 20 à 4 ou 5 dans les 24 heures. En même temps elles diminuaient d'intensité ; les vomissements et les épistaxis devenaient rares, parallèlement le catarrhe nasal disparaissait ainsi que l'injection de la muqueuse, et les mères remarquèrent que les enfants portaient moins fréquemment leurs mains au nez. Dans tous les cas où les insufflations purent être commencées dès le début, pendant la période catarrhale, une guérison radicale fut obtenue en 8 ou 15 jours, quelquefois moins. Dans trois cas même, il parut y avoir une influence vraiment abortive.

M. Moizard a injecté avec un simple tube de caoutchouc et en soufflant avec la bouche la poudre suivante :

Poudre de benjoin................ }	ââ 5 gr.
Salicylate de bismuth............. }	
Sulfate de quinine................	1 gr.

Il a vu diminuer des quintes. Cartaz a employé le sous-nitrate de bismuth et de benjoin, Guy (dans le service de Legroux) le chlorhydate de quinine et le benjoin.

Est-ce avec l'arrière-pensée que le microbe pathogène se cantonne dans la bouche au niveau de l'ulcération sublinguale que M. le Dr Gay (de Dion) conseille de *cautériser l'ulcération sublingale* au nitrate d'argent, et comme adjuvant, de badigeonner l'intérieur de la bouche avec un linge trempé dans la mixture suivante : miel, 30 grammes ; acide chlorhydrique, 30 gouttes. M. Gay parle de coqueluches, qu'il aurait guéries ainsi en 5 jours et 9 jours (1).

Enfin M. Bergeon a proposé d'appliquer au traitement de la coqueluche sa méthode des lavements gazeux d'acide carbonique et d'acide sulfureux.

Mais après cette énumération des médications antiseptiques il faut en revenir au traitement des symptômes.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 3 août 1886.

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Avril 1892

SOMMAIRE :

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE (FIN)

L'OPÉRATION CÉSARIENNE RADICALE, SUIVIE D'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE. OPÉRATION DE PORRO (SUITE)

La *technique de Léopold* diffère par quelques points de détail de celle de Breisky :

Pour ischémier définitivement le moignon, Léopold place au-dessous de la broche non pas l'écraseur de Cintrat, mais un tube de caoutchouc de force moyenne, bien serré, deux fois noué, et dont les nœuds sont fixés par deux sutures croisées à la soie.

La séreuse de la paroi abdominale est ensuite attirée tout autour du moignon, très soigneusement essuyée avec des éponges imbibées d'une solution de sublimé à 1/5000

et réunie par des sutures de soie avec le péritoine du moignon, au-dessous du tube de caoutchouc. S'il est impossible de faire cette suture séro-séreuse au-dessous du tube on peut sans inconvénient la faire au-dessus.

Aux sutures profondes abdominales faites dès le début au-dessus et au-dessous du pédicule utérin on ajoute des sutures superficielles. Enfin la plaie est pansée à la gaze iodoformée et sublimée maintenue par de l'ouate et un bandage de corps.

Pour obtenir la siccité du moignon on le recouvre à chaque pansement d'un mélange à parties égales de tannin et de salol, après avoir enlevé à la pince et aux ciseaux le plus qu'il est possible des parties mortifiées.

L'opération dure de une demi-heure à 1 heure 1/2.

La broche et les sutures abdominales profondes sont enlevées le plus souvent du 12ᵉ au 14ᵉ jour; le tube au bout de 3 semaines seulement. On se met ainsi à l'abri de la rentrée du moignon et de l'infection secondaire de la cavité abdominale.

Les femmes gardent le lit au moins 4 semaines. La guérison a été obtenue au minimum en 36 jours et au maximum en 68 jours.

Résultats opératoires et indications. — Depuis la renaissance de l'opération césarienne conservatrice (1882), l'opération de Porro qui, pendant près de six ans (1876-1882), avait presque complètement supplanté la méthode classique, a vu de jour en jour se resserrer son champ d'action au point de n'être plus aujourd'hui, pour beaucoup

d'accoucheurs, qu'une sorte de pis aller. Les partisans de la césarienne conservatrice n'eurent, pour déconsidérer rapidement l'amputation utéro-ovarique, qu'à comparer les résultats de la méthode dite de Sænger pendant la période postérieure à 1882 à ceux de sa rivale à partir de 1876. Tandis que la première donnait des chiffres de mortalité oscillant autour de 10 0/0, la seconde restait sous le coup de la statistique de Godson : 86 morts sur 162 cas, soit 53 0/0. D'où la conclusion que l'opération de Porro ne devait plus guère avoir d'autres indications que les mauvais cas dont la méthode conservatrice ne voulait pas charger ses relevés. Il en résulta tout naturellement un nouvel élément de discrédit pour la méthode radicale et le triomphe facile de la méthode conservatrice.

E. Truzzi vient récemment d'en appeler de cette condamnation sommaire du procédé cher à son maître Porro. Il fait remarquer très justement que les perfectionnements apportés à la technique de la laparotomie, et la diffusion des pratiques antiseptiques, qui ont contribué à la splendide statistique de la césarienne conservatrice moderne, ont également, dans ces dernières années, notablement amélioré le pronostic de l'opération radicale ; que l'on doit par suite, pour se faire une opinion, confronter les résultats des opérations rivales pendant la même période ; qu'enfin et surtout il faut cesser de comparer la statistique intégrale de l'opération de Porro, surchargée de tous les cas désespérés, à la statistique des conservateurs qui n'interviennent que dans des circonstances ultra-favorables.

Pour répondre à ces desiderata, Truzzi fait le relevé des opérations de Porro pratiquées en Italie du 1er octobre 1884 au 31 décembre 1889 : 56 opérations ont donné 37 guérisons et 19 morts (dont 14 par péritonite; 2 par shock; 1 par collapsus; 2 par occlusion intestinale), soit une mortalité totale de 39,9 0/0.

Mais en étudiant ces 56 observations on remarque que dans 12 cas l'état de la parturiente était désespéré avant toute intervention, de sorte que la mortalité opératoire proprement dite ne serait en définitive que 15,9 0/0. Or, pour la période 1876 à 1884, la mortalité expurgée de la même façon était de 36,36 0/0 et, pour la seule Italie, de 42,5 0/0.

Si cette statistique de Truzzi prouve que la léthalité de l'opération radicale s'est considérablement abaissée, elle tend aussi à nous confirmer dans l'idée que la méthode de Porro offre encore une gravité plus grande que l'opération césarienne avec suture (10,7 0/0 d'après Léopold).

Mais qu'est-ce que le relevé de Truzzi? Une collection d'observations disparates, empruntées à 28 opérateurs différents, et recueillies dans les milieux les plus dissemblables, depuis la salle de la maternité modèle jusqu'à la chaumière italienne. Qu'y a-t-il là de comparable à la statistique de Dresde à l'aide de laquelle nous avons essayé naguère de nous faire une idée sur la valeur de la césarienne conservatrice moderne? Ce qu'il faudrait, c'est comparer les résultats des deux opérations rivales dans le même milieu, entre les mains du même opérateur. Et

nous pouvons le faire dès maintenant à l'aide de deux statistiques précieuses : celle de Breisky et celle de Léopold.

La statistique de Breisky, publiée par son assistant Piskacek, comprend 11 *opérations de Porro sans un insuccès* et 6 *opérations conservatrices avec deux décès* (*septicémie*). Les conditions sont ici les mêmes pour les deux opérations qui toutes deux ont leurs indications propres, déterminées à l'avance. L'une n'est pas le débarras de l'autre. Nous verrons tout à l'heure quelles sont ces indications spéciales. Retenons seulement ces chiffres qui déjà ont leur éloquence.

Léopold nous donne mieux encore, car chez lui l'opération de Porro hérite des seuls cas dont ne veut pas la méthode conservatrice. Or, tandis que la mortalité de celle-ci est 10,7 0/0, *Léopold n'a perdu aucune des sept femmes qu'il a traitées par la méthode radicale.* Et nous assistons à ce spectacle, inattendu pour ceux qui continuent à vivre sur la statistique de Godson, qu'en présence de ces chiffres les partisans de la césarienne avec suture se voient, à l'heure actuelle, dans la nécessité de défendre cette dernière contre les empiètements de l'amputation utéro-ovarique naguère encore tant décriée. « Des 7 femmes qui ont subi l'opération de Porro (avec traitement extra-péritonéal du pédicule, cela va sans dire), dit l'assistant de Léopold, aucune n'est morte. A cette léthalité nulle correspond une mortalité de 10,7 0/0 dans la césarienne conservatrice. Mais ce serait une grosse faute d'en conclure

que l'opération de Porro mérite la préférence. » Et Münchmeyer s'évertue à montrer, par l'analyse des causes de mort (voyez le numéro de janvier) que, tout compte fait, la mortalité opératoire dans les deux méthodes est égale à 0.

Aussi, pour maintenir la supériorité de la conservatrice, c'est à d'autres arguments qu'il est obligé d'avoir recours. Si les résultats immédiats des deux opérations sont les mêmes, dit-il, les suites sont à l'avantage de la méthode qui conserve l'utérus et les annexes. Après celle-ci la femme peut redevenir grosse; d'autre part la cicatrisation demande moins de temps (3 semaines environ, au lieu de 6 dans l'opération de Porro). Et c'est tout. Car pour les autres inconvénients dont on persiste à charger l'amputation utéro-ovarique, aucune des opérées de Dresde ne les a ressentis jusqu'à présent; l'éventration ne paraît pas plus fréquente qu'à la suite des autres laparotomies.

Néanmoins Münchmeyer se croit autorisé à conclure : « Pour peu qu'elle soit possible, c'est la césarienne conservatrice qu'il faut préférer; l'extirpation de l'utérus n'est indiquée que dans les cas où sa conservation entraînerait un danger pour la femme. » De même Léopold écrivait en 1888 : « L'extirpation est toujours un périlleux pis aller qui doit être notre dernière ressource pour les utérus infectés ». Pour préciser davantage, Münchmeyer cite le passage suivant de Zweifel : « L'opération de Porro est à sa place là où l'opération normale avec suture n'est plus possible, c'est-à-dire quand l'utérus est infecté; quand

l'écoulement lochial serait empêché par une obstruction vaginale ou par toute autre cause ; quand l'utérus est le siège de grosses tumeurs (fibromes) qui rendraient peut-être plus tard une nouvelle opération nécessaire » ; et il ajoute à ces trois indications l'ostéomalacie et l'inertie utérine absolue au cours d'une césarienne conservatrice.

Telles sont, d'après l'école de Dresde, d'accord ici avec la plupart des accoucheurs allemands, les limites actuelles du champ d'action de l'opération de Porro.

A cela les élèves de Breisky répondent que l'opération de Porro doit supplanter l'opération conservatrice dans d'autres cas encore, par exemple pour les bassins viciés par une cause autre que l'ostéomalacie, chaque fois que le diamètre promonto-pubien mininum est inférieur à 7 centimètres (étant donné bien entendu que la patiente réclame la section césarienne). Ce qui revient à dire que *l'opération de Porro doit devenir l'opération de choix dans tous les cas où la section césarienne permet seule d'espérer, pour le présent et pour l'avenir, l'extraction d'un enfant viable.* Nous n'hésitons pas á nous rallier à cette formule. Il ne resterait plus à la méthode conservatrice que les indications relatives.

Voici les arguments de l'école de Vienne :

L'opération de Porro, avec traitement extra-péritonéal du pédicule, offre aujourd'hui plus de chances de succès que la césarienne normale avec suture ; d'abord parce qu'elle ne laisse pas dans la place une cause possible de septicémie ; en second lieu parce qu'elle met l'opérée à l'abri

des hémorrhagies tardives (une des opérées de Léopold a succombé de ce chef). Nous ajouterons qu'au lieu de se voir contraint d'attendre le début du travail, l'opérateur peut intervenir à son heure, au cours de la grossesse et vers la fin, ce qui, si l'on en croit les observations de Werth, Treub, van der Meij et Cullingworth est une conduite dangereuse dans la césarienne conservatrice.

En admettant même, avec Münchmeyer, que les chances immédiates des deux méthodes soient égales, que reste-t-il à l'avantage de la conservatrice ?

Avant tout et surtout la possibilité d'une grossesse ultérieure. Or, remarque l'école de Vienne, c'est vous laisser acculer pour l'avenir, puisque le rétrécissement est absolu, à une nouvelle césarienne du succès de laquelle vous ne pouvez pas répondre.

Et d'ailleurs les femmes opérées par la méthode conservatrice redeviennent-elles donc si aisément enceintes? Consultez la statistique; elle répond que de 1882 à 1890, sur 170 femmes opérées par la nouvelle méthode, 5 seulement ont récidivé. Et si ces chiffres s'améliorent par la suite, est-il donc si certain que cette grossesse ultérieure soit sans danger? Michaelis n'a-t-il pas montré que sur 12 cas d'opération césarienne conservatrice, il y eut six fois rupture de l'utérus à la grossesse suivante? Krukenberg, dont le relevé porte sur un nombre d'observations plus considérable, mentionne 13 cas où la rupture se produisit au niveau de la vieille cicatrice et fut suivie du passage du fœtus dans la cavité péritonéale.

Quatre fois la rupture eut lieu pendant la seconde moitié de la grossesse ; 9 fois, pendant le travail. Tous les enfants ont succombé. Dans 5 cas la cicatrice se disjoignit, mais le fœtus demeura dans l'utérus. Enfin 3 fois il y eut rupture non dans la cicatrice même, mais en un autre point et une fois dans son voisinage immédiat.

Mais, dira-t-on, il s'agissait d'opérations césariennes non suivies de suture de l'utérus. C'est vrai. Pouvez-vous cependant avec vos cinq observations d'utérus suturés redevenus gravides, affirmer que les utérus suturés se comporteront mieux qu'après la césarienne sans suture? Rappelez-vous que Birnbaum a vu une femme subir 5 fois la césarienne avec suture, et chaque fois l'on observa à la partie inférieure de la cicatrice utérine, un soulèvement, en forme de vessie, du péritoine par un épanchement sanguin, signe manifeste de l'imminence d'une déchirure dans le champ cicatriciel. Admettons qu'avec les sutures modernes la cicatrice soit plus solide, il reste cette dernière objection qu'il n'y a pas comme cause de rupture que l'amincissement de la paroi au niveau de la vieille cicatrice. Il semble qu'il faille faire jouer un rôle aux adhérences de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, adhérences entraînant des distorsions de la paroi utérine avec formations diverticulaires prédisposant à la rupture. Or ces adhérences utérines sont loin d'être exceptionnelles après la césarienne conservatrice moderne, puisque sur les 20 premiers cas de la clinique de Dresde on put les constater 12 fois, et que Breisky les a notées 2 fois sur 4.

Une fois même il se fit une fistule utéro-abdominale qui ne se ferma qu'après l'ablation de toutes les sutures d'argent.

En résumé, pour Piskacek, l'opération de Porro est indiquée : 1° chaque fois qu'il y a indication absolue à la section césarienne ; 2° dans les cas de conjugué vrai inférieur à 7 centimètres, quand la mère se prononce contre la crâniotomie de l'enfant vivant ; 3° lorsque l'extraction d'un enfant vivant, désirée par la mère, est impossible par les voies naturelles obstruées par des fibromes non énucléables. Au-dessus de 7 centimètres seulement, ou en cas de fibromes énucléables si l'opération est réclamée par la mère arrivée au terme de la grossesse, il faut conserver l'utérus et les annexes. S'il y a grossesse ultérieure, l'accouchement prématuré provoqué avec ou sans opérations complémentaires par les voies naturelles, pourra en effet être mis à contribution.

Si donc nous voulons passer en revue les indications principales de l'opération de Porro, nous devons les classer en deux catégories : les indications non discutées et celles qui le sont encore.

Pour ces dernières, nous venons d'exposer les arguments invoqués de part et d'autre. Nous l'avons dit déjà, nous sommes ici avec les partisans de l'opération de Porro.

Voyons maintenant les indications non discutées.

1. *Cas dans lesquels il y a infection certaine ou probable de l'utérus.*

C'est là pour les partisans de la césarienne conservatrice l'indication la plus ordinaire du Porro. Des sept observations de Léopold il en est trois qui rentrent dans ce groupe. Une seule fois il y avait infection bien caractérisée ; dans les deux autres il y avait doute ; mais, dit Münchmeyer, c'eût été jouer la vie de la patiente que de vouloir conserver l'utérus. « Il vaut mieux, en pareil cas, renoncer aux chances de grossesse ultérieure—qui après tout ne sont pas grandes — que de risquer une expérience hasardeuse. Avec une conformation du squelette aussi pitoyable que celle qui existait dans les deux cas en question (bassin plat rachitique généralement rétréci à un haut degré ; conjugué vrai de 5 1/2 à 6 — bassin plat rachitique généralement rétréci ; conjugué vrai de 5 1/2), on a, ainsi que le dit très bien Braun, le droit de soustraire les femmes aux dangers d'une grossesse ultérieure. » Voilà une concession dont pourraient arguer les partisans de l'opération de Porro pour les cas de rétrécissement absolu.

2. *Sténoses et atrésies du col et du vagin ; obstruction du canal génital par une tumeur n'appartenant pas à l'utérus, ou lui appartenant mais n'étant pas énucléable.*

On se propose ici, par l'ablation de l'utérus, de se mettre l'abri des accidents qui pourraient, avec l'opération

conservatrice, résulter de l'obstacle à l'écoulement des lochies. Dans cette catégorie rentrent les fibromes enclavés et non énucléables qui pourraient gêner l'écoulement lochial. On sait toutefois que, si la grossesse amène une forte hypertrophie de la tumeur, il n'est pas rare de voir celle-ci subir une régression marquée après l'accouchement. Aussi Sænger estime qu'il est préférable, en dehors de la menace de rétention lochiale, de se limiter d'abord à la césarienne conservatrice pour les gros fibromes à large base rétro-utérins ou rétro-cervicaux et de remettre à plus tard l'opération du fibrome. Si l'on pratique l'amputation utéro-ovarique, il faut que le moignon se compose de tissu utérin sain.

S'agit-il de fibromes non enclavés mais non énucléables et y a-t-il lieu de penser qu'ultérieurement la laparotomie serait nécessaire, c'est à l'opération de Porro qu'il faut donner la préférence.

3. *Inertie utérine insurmontable au cours d'une opération conservatrice.*

Léopold s'est vu dans un de ses cas obligé d'enlever pour cette cause un utérus déjà suturé qu'il s'apprêtait à réintégrer dans la cavité abdominale. Plusieurs observations du même genre ont été publiées dans ces derniers temps et certains auteurs, Schauta par exemple, se sont demandé s'il ne fallait pas accuser de cette inertie la constriction par le tube de caoutchouc. Nous avons vu dans un article précédent, quelles précautions Léopol

recommandait de prendre pour éviter cet inconvénient de la ligature élastique provisoire.

4. *Cancer de l'utérus.*

Lorsque le cancer de l'utérus devient une indication à l'opération césarienne, celle-ci doit être radicale chaque fois que l'ablation du corps de l'utérus est possible. On se met ainsi plus sûrement à l'abri de la rétention des lochies et de l'infection par nécrobiose des masses cancéreuses. Ce n'est que dans les cas où l'ablation du corps de l'utérus est impossible, lorsque le cancer remonte si haut que l'on ne peut ni placer la ligature élastique ni faire un moignon, qu'on se résigne à laisser l'utérus en place, mais il faut alors le suturer avec un soin tout particulier.

Sutugin, dans une note récente, arrive aux mêmes conclusions. Des recherches qu'il a faites il résulterait que jusqu'en 1890, sur 18 cas opérés par la méthode conservatrice moderne, il y a eu 11 morts. Il va de soi qu'on a d'autant plus de chances avec la méthode radicale qu'on opère de meilleure heure. Jusqu'à nouvel ordre c'est à l'opération de Porro pure qu'il faut avoir recours. L'opération de Bischoff (hystérectomie totale par la voie abdominale, opération de Freund sur l'utérus gravide *à terme*) n'a pas encore enregistré un seul succès.

5. *Bassins viciés par ostéomalacie.*

Dès 1882 Sænger mentionnait, en la faisant suivre d'un

point d'interrogation, cette indication de l'opération de Porro. Depuis lors, de nombreuses observations ont montré que la stérilisation des femmes ostéomalaciques avait une influence remarquablement favorable sur l'affection osseuse, et que la plupart des opérées par la méthode de Porro avaient pu, au bout de peu de temps, reprendre leurs occupations domestiques (Fehling). L'école de Vienne a contribué plus qu'aucune autre par ses observations à établir les avantages de l'opération radicale dans ces cas.

Piskacek montre que la proposition de Wiedow de faire dans ces cas à la fois la castration et la césarienne conservatrice, n'est justifiée que par la croyance erronée où sont encore quelques accoucheurs que la méthode conservatrice donne de meilleurs résultats et est plus facile à exécuter que l'opération de Porro. Après avoir assisté à 28 opérations césariennes dont 18 par la méthode de Porro, il est convaincu que cette dernière ne présente pas de plus grandes difficultés techniques. Pour la même raison, il rejette la double ligature des trompes et la section de celles-ci à l'aide du thermocautère de Paquelin. Nous sommes sur tous ces points d'accord avec lui. H. Varnier.

LE TUBAGE DE LA GLOTTE OU INTUBATION DU LARYNX

Dans ces dernières années l'Amérique nous a renvoyé un mode de traitement du croup qui avait pris naissan

en France trente ans auparavant sans pouvoir s'y acclimater ; l'*intubation du larynx* que Joseph O' Dwyer a réinventée à New-York n'est autre chose que le *tubage de la glotte* proposé et pratiqué par Bouchut en 1858.

A cette époque Trousseau, qui avait eu tant de peine à faire entrer la trachéotomie dans la pratique, crut devoir combattre avec énergie la nouvelle méthode proposée et son autorité était telle que l'invention de Bouchut fut rejetée. L'inventeur lui-même cessa de la pratiquer. Il faut dire que son instrumentation était défectueuse.

M. O'Dwyer ignorait les travaux de son devancier, lorsque, dégoûté des mauvais résultats fournis par la trachéotomie, il commença à essayer de rétablir la perméabilité de la glotte en y introduisant, pour l'y maintenir à demeure, un tube qui permît à l'épiglotte de se fermer pendant la déglutition. Il perfectionna pendant plusieurs années ses procédés avant d'en saisir le public médical, qui ne lui fit en Amérique qu'une courte, quoique vive, opposition.

En France peu de praticiens ont encore essayé cette méthode. M. d'Heilly en a entretenu une fois la Société médicale des hôpitaux de Paris, mais c'est à M. le Dr Jacques, de Marseille, qu'on doit les renseignements les plus importants tirés de sa pratique personnelle. Dans une fort bonne thèse (1888) et dans des articles de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* il a réuni les renseignements nécessaires à ceux de ses confrères qui désireraient s'initier à la technique de l'intubation.

C'est là que nous les puisons nous-même pour les résumer ici, suivant le désir exprimé par un de nos lecteurs.

Dans quelles circonstances est-il légitime de proposer l'intubation, au lieu de la trachéotomie, pour un enfant atteint de croup?

Quand l'enfant a moins de deux ans: les statistiques ont depuis longtemps prouvé qu'au-dessous de cet âge, la trachéotomie n'est presque jamais suivie de succès.

Quand l'entourage du malade repousse la trachéotomie et qu'il est cependant évident que la mort va être la conséquence de l'asphyxie par sténose glottique.

Quand le médecin n'est pas familiarisé avec l'exécution de la trachéotomie et qu'il craint de ne pas pouvoir mener à bien celle-ci; ou bien quand il ne dispose pas d'aides convenables. (En effet telle personne qui pourra aider suffisamment le médecin pour une opération non sanglante, deviendra de nul secours si elle doit voir couler le sang.)

Qand on a des raisons de craindre que l'entourage ne sache pas donner les soins et exercer la surveillance indispensable après la trachéotomie;

Enfin, on peut toujours essayer de prévenir la trachéotomie par le tubage, celui-ci ne pouvant en aucune façon entraver l'exécution de celle-là, si elle devient nécessaire, c'est-à-dire si la glotte n'est pas redevenue libre en peu de jours. (Car un des inconvénients du tubage, c'est qu'il est difficile de laisser plus de six à sept jours le tube dans la glotte sans amener la nécrose de la muqueuse à son contact.)

Il serait donc désirable que les praticiens eussent dans eur arsenal les instruments pour le tubage comme ils ont la boîte à trachéotomie.

L'OUTILLAGE de l'appareil d'O'Dwyer se compose d'un *ouvre-bouche,* d'un manche ou *applicateur* auquel on adapte le tube pour l'introduire, d'une pince qui sert à le retirer ou *forceps extracteur*, de *cinq tubes de dimensions graduées* suivant l'âge.

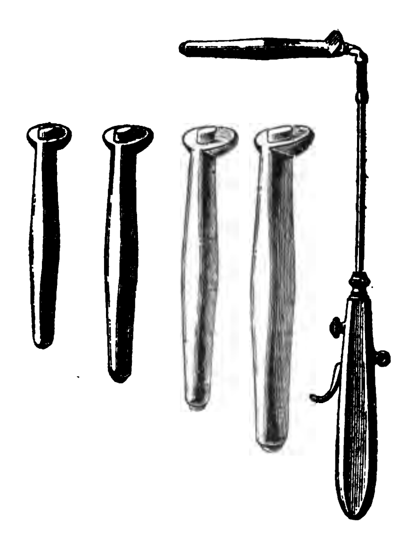


FIG. 1. — Tubes de diverses grandeurs garnis de leur mandrin obturateur et applicateur, à l'extrémité duquel se visse le tube garni du mandrin pour l'introduction.

La longueur du tube est calculée de manière à occuper toute la hauteur du larynx en affleurant en haut la face inférieure de l'épiglotte et en arrivant en bas jusqu'à une petite distance de la bifurcation de la trachée. Le tube est

aplati latéralement, renflé au milieu de sa longueur et évasé à sa partie supérieure.

A chaque tube correspond un *mandrin obturateur* qui doit être vissé à l'applicateur.

On choisit parmi les tubes celui qui paraît le mieux approprié à l'âge et à la taille de l'enfant. Un petit cordon de soie de cinquante centimètres de long (*fil de sûreté*) est fixé dans un œillet du tube ; l'obturateur, vissé à l'applicateur, est introduit dans le tube, et le tout est placé à portée de la main droite de l'opérateur.

Une personne assise sur une chaise à dossier droit, tient sur ses genoux et contre sa poitrine l'enfant immobilisé les coudes au corps dans une couverture.

Une deuxième personne, debout derrière la chaise, maintient solidement la tête de l'enfant entre ses mains placées sur les tempes.

Une troisième, placée à la gauche de l'enfant, maintient l'ouvre-bouche quand l'opérateur l'a mis en place, et reçoit de lui, en temps utile, les chefs du fil de sûreté.

L'ouvre-bouche est en place. L'opérateur, debout devant le patient, prend de la main droite l'applicateur armé du tube.

Il porte au fond de la gorge l'index gauche, dont l'extrémité, après avoir relevé l'épiglotte, détermine la place de l'orifice glottique.

C'est sur la face palmaire de ce doigt que l'opérateur glisse alors l'extrémité inférieure du tube pour la faire pénétrer dans le larynx et la trachée.

A ce moment il fait mouvoir le ressort qui dégage l'obturateur et il retire rapidement celui-ci.

Son index s'assure que le tube est bien en place. D'ail leurs, ce qui le prouve, c'est que la respiration est aussitôt plus facile, la toux sonore, explosive et métallique (Jacques).

On peut alors retirer le fil de sûreté en laissant glisser l'un de ses chefs, pendant que l'index est maintenu sur la

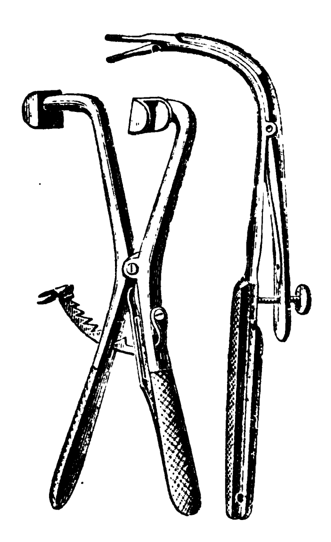


Fig. 2 et 3. — Ouvre-bouche pour l'introduction. — Pince pour retirer les tubes.

tête du tube pour l'empêcher de ressortir. Certains opérateurs ont préféré laisser quelque temps le fil en place, en fixant les chefs sur la joue avec du collodion.

Quand on veut retirer le tube, en moyenne cinq à dix jours plus tard, on place l'enfant dans la même attitude que pour l'application.

Quand l'ouvre-bouche est en position, l'index gauche va sentir la tête du tube et sert à guider sur la pulpe l'extrémité fermée de la pince d'extraction tenue de la main droite.

Quand celle-ci a pénétré dans l'orifice du tube, on presse sur le levier qui fait diverger les valves de cette extrémité ; puis, on ramène à soi tout l'appareil pendant que l'index, maintenu en contact avec le tube, prévient l'échappement de celui-ci au cas où la pince lâcherait prise.

M. Jacques recommande de guider les instruments d'introduction et d'extraction en suivant l'axe de la bouche et en restant sur la ligne médiane, au lieu de les incliner vers la droite comme on tend involontairement à le faire.

P. Le Gendre.

TRAITEMENTS DE LA COQUELUCHE

(Fin.)

La première période réclame peu de chose, sinon des loochs ou juleps calmants ; toutefois l'intensité et l'étendue de la congestion broncho-pulmonaire indiquent l'administration de l'ipéca, réitérée tous les deux ou trois jours au besoin, mais il faut proscrire le tartre stibié qui débilite et entraîne facilement des désordres gastro-intestinaux. L'application sur la poitrine d'un révulsif, est également indiquée.

A la période convulsive, pour modérer la violence et la fréquence des quintes, on a le choix entre les innombrables formules des auteurs. La belladone qui se recommande du nom et de l'autorité de Trousseau, reste le meilleur des modérateurs de la toux. J'emploie à l'imitation de mon maître, J. Simon, le mélange à partie égale de teinture de belladone et d'alcoolature de racines d'a-

conit, en variant le nombre des gouttes du mélange suivant l'âge du sujet, et la fréquence des quintes.

M. Sevestre, comme Archambauld, préfère l'atropine en solution.

Netter (de Nancy) a employé l'oxymel scillitique (20 à 40 gouttes pour les petits enfants, 4 cuillerées à café à 3 ans, 8 pour les adultes).

Roger prescrivait un sirop ou une teinture composée de belladone, valériane ou musc et digitale, ou bien encore du chloroforme (1 à 30 gouttes par jour).

M. Dujardin-Beaumetz administre les bromures associés au chloral.

On a recommandé aussi la cochenille, le grindelia, le bromoforme, mais ce dernier corps doit être manié avec grande précaution.

M. Laborde a préconisé le sirop de narcéine.

Enfin M. Labric a vivement recommandé le badigeonnage de l'isthme du gosier, des amygdales, de la base de la langue, avec une solution concentrée de bromure ou mieux une solution de cocaïne à 5 0/0, 3 ou 4 fois par jour. On peut encore utiliser des pulvérisations d'une solution de cocaïne. M. Labric ajoute à ce moyen l'emploi du café noir à la dose de 60 à 125 gr.

L'antipyrine a été aussi vivement recommandée et a donné souvent de fort bons résultats ; la durée de la maladie est souvent très diminuée de ce fait, le nombre des quintes devient aussi bien moindre. Les doses sont de 30 centigr. à 1 gr. pour les enfants au-dessous de 2 ans, et de 1 à 4 gr. pour les enfants plus âgés et les adultes.

On peut associer les bromures, le chloral et l'antipyrine.

La teinture de bryone, dans le *Journal de thérapeutique* de 1878, a été l'objet d'une consciencieuse étude par le Dr Louvet-Lamare.

La teinture de drosera déjà employée par Curry au siècle dernier contre la toux des phtisiques, est diversement appréciée; ce qui est certain, c'est qu'on a pu en donner de 1 à 10 gr. à des enfants de sept ans sans aucun inconvénient; n'eût-elle que l'action eupeptique qui lui est reconnue par M. Dujardin-Beaumetz (Soc. de thér., 1878), elle ne serait pas sans utilité dans cette maladie athrepsiante.

Gueneau de Mussy formulait une potion qui fera sourire les médecins hostiles aux associations médicamenteuses qu'ils stigmatisent du nom de polypharmacie, mais dont les bons effets nous sont connus :

Sirop de fleurs d'oranger.............	45 gr.
— de codéine....................	30 —
— de belladone..................	30 —
— d'éther........................	15 —
Eau de laurier-cerise................	6 —
Bromure de potassium...............	2 à 3.

Ce médecin combattait l'adénopathie bronchique par des badigeonnages de teinture d'iode en avant et en arrière de la poitrine. Les cataplasmes sinapisés biquotidiens nous ont paru au moins aussi utiles.

Raymund, W. Keating et Bruen ont administré avec succès le sulfate de quinine à l'intérieur aux doses de 0,60 à 90 centigr. chez des enfants de deux à douze ans.

Sous cette influence les accès tomberaient de quarante à cinquante par jour, à huit ou dix.

Après Binz (1886), Ungar dit avoir avantageusement combattu depuis 6 ans la coqueluche, dans sa clinique des maladies d'enfance et dans sa clientèle privée, par de fortes doses de quinine.

Comme le sulfate de quinine irrite l'estomac, il donne du chlorhydrate qui est rapidement absorbé et ne voit jamais se produire de l'intolérance gastrique.

Entre 2 et 4 ans il faut donner autant de décigrammes que l'enfant a d'années. Au-dessus de 4 ans, on maintiendra la dose de 40 centigr., en l'élevant rarement jusqu'à 50 centigr. Au-dessous de 2 ans, on donnera des doses relativement plus fortes, de sorte qu'un enfant âgé de 3 mois pourra en prendre 5 centigr., celui de 6 mois 10 centigr., celui d'un an 12 centigr., celui d'un an et demi 20 centigr. On maintient ces fortes doses parfois seulement pendant trois ou quatre jours, le plus souvent pendant cinq ou six jours, souvent encore plus longtemps, jusqu'à ce qu'on voie se produire une amélioration marquée. C'est alors qu'on diminuera les doses graduellement, jamais brusquement, et l'on se gardera surtout de cesser le traitement tout d'un coup, même si l'on croyait l'enfant guéri. En effet, cette cessation brusque du traitement entraîne souvent un retour des quintes et même de l'aggravation de la maladie.

Il ne faut pas s'attendre à une guérison rapide. Celle-ci est lente, mais d'autant plus sûre et durable, que le traitement a été plus continué et patient.

Le goût amer du chlorhydrate de quinine est souvent un grand obstacle au traitement. Lorsque tous les artifices pour faire prendre le médicament ont échoué, on s'adressera au tannate de quinine qui n'a pas de goût, mais qui contient moins de principe actif et qui est moins soluble. Aussi en donnera-t-on des doses un peu plus fortes. Le chlorhydrate restera toujours la forme préférable, et Ungar recommande au besoin des injections sous-cutanées de cette préparation.

La quinine préserverait en outre contre certaines complications, comme la bronchite capillaire et la pneumonie lobulaire, si redoutées dans la coqueluche. Lorsque ces complications existent déjà, avant le début du traitement, la quinine peut avoir une action presque spécifique sur ces affections.

Voici sa formule :

Chlorhydrate de quinine.......	10 grammes.
Eau distillée..................	7 gr. 5
Acide chlorhydrique...........	2 gr. 5

Les injections ne sont pas douloureuses et la résorption se fait rapidement.

Voici deux autres formules contenant par centimètre cube 25 ou 50 centigr. de chlorhydrate neutre de quinine :

Chlorhydrate neutre de quinine.......	1 gr.
Eau distillée.........................	4 —
Chlorhydrate neutre de quinine......	2 gr.
Eau distillée.........................	4 —

Pour éviter une erreur possible avec le chlorhydrate de

morphine, M. Dujardin-Beaumetz conseille de formuler : *quinine* (*chlorhydrate neutre de*) pour éveiller l'attention du pharmacien.

Comme inhalations antispasmodiques Wilde en 1875 a proposé un mélange de chloroforme, 30 — éther, 60 — essence de térébenthine, 10.

Les bains d'air comprimé peuvent être utilisés, sauf dans les cas de complications broncho-pulmonaires.

L'usage du café noir ou vert nous paraît avantageux ; mais ce qui s'impose par-dessus tout, c'est la nécessité dans les cas de vomissements fréquents de donner à manger à l'enfant, aussitôt qu'il vient de vomir, et sans jamais se lasser, une petite quantité d'aliments nourrissants et faciles à digérer, car c'est le seul moyen d'éviter l'inanition, aussi dans le même but on tirera grand profit des lavements de peptones.

Le traitement hygiénique comprend l'usage de vêtements chauds ou légers suivant la saison, l'exercice modéré, soit à l'air libre quand la coqueluche est bénigne et la température douce, soit en cas contraire dans les chambres ensoleillées de l'appartement.

P. Le Gendre.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE QUELQUES ADÉNOPATHIES DU COU

L'existence de ganglions augmentés de volume dans la région du cou est un fait de clinique courante qui appelle un certain nombre de réflexions au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

La constatation d'un ou plusieurs ganglions hypertrophiés, suivant la région du cou où existe l'adénopathie et suivant les caractères qu'elle revêt, nous fait naturellement penser à des maladies diverses et quand nous avons établi quel est l'état morbide en cause, nous avons à résoudre un problème souvent assez délicat parce qu'il est d'une haute importance sociale pour beaucoup de malades, toutes les femmes et tous les jeunes gens au moins, que le cou ne soit rendu ni difforme, ni disgracieux. Éviter les cicatrices de cette région ou, quand on ne le peut, tâcher du moins de les rendre aussi petites et aussi peu apparentes que possible est un devoir strict pour le médecin.

I

Il y a lieu de distinguer d'abord les *adénites aiguës* des adénopathies chroniques.

Parmi les premières il y a celles qui surviennent *au cours ou à la fin de maladies aiguës* dont elles sont une complication : ainsi les adénites de la diphtérie, de la scarlatine, des états typhiques ou pyohémiques.

Pour celles-là le diagnostic est aisé, il est imposé par l'existence connue de la maladie primitive. On sait aujourd'hui avec certitude que ces adénites sont l'expression d'infections secondaires par des microbes pyogènes. Ce ne sont ni le bacille de Lœffler qui donne le bubon diphtérique, ni l'agent infectieux encore inconnu de la scarlatine qui engendre directement le bubon scarlatineux; ces adénites n'indiquent le caractère de malignité de la maladie primaire que parce qu'elles attestent le défaut de résistance de l'organisme à la pénétration des staphylocoques et streptocoques.

C'est par l'intermédiaire de l'angine, de la stomatite, ou de la laryngite que la diphtérie, la scarlatine, la dothiénenterie, la variole font suppurer les ganglions du cou.

C'est dans la recherche de l'antisepsie bucco-pharyngienne que doit résider la prophylaxie de ces adénites; les gargarismes, irrigations et pulvérisations avec des solutions d'acide borique, d'acide phénique, de résorcine, de thymol, de sublimé prendront toujours place dans le traitement de ces maladies.

Dès que la tuméfaction des ganglions commencera, on redoublera d'antisepsie, parce que la suppuration n'est pas toujours fatale. Il ne suffit pas que quelques microbes aient pénétré dans les ganglions pour les faire suppurer; il en faut beaucoup, la question du nombre est un élément capital dans l'action des agents infectieux. Quelques microbes qui ont fait invasion dans un ganglion en provoquent l'irritation réactionnelle et défensive; les cellules lymphatiques peuvent suffire à détruire ces envahisseurs, si des renforts venus de la cavité bucco-pharyngienne ne remplacent pas au fur et à mesure ceux qui sont détruits. Il ne faut donc pas se borner à l'expectation; que les antiseptiques tarissent à sa source même l'invasion microbienne.

Si cependant on n'a pu empêcher la suppuration, dès que la fluctuation est perceptible, il faut intervenir en allant ponctionner le ganglion suppuré ou drainer le foyer d'adéno-phlegmon qui s'est formé autour de lui. On évitera ainsi les décollements étendus, les fusées purulentes à distance le long des plans aponévrotiques ou des faisceaux vasculo-nerveux. L'ouverture faite à la peau sera autant que possible pratiquée dans la partie la plus déclive, aussi nette et aussi petite que faire se pourra.

L'adénite aiguë peut se présenter *comme premier symptôme morbide.*

Le ganglion tuméfié et douloureux siège-t-il sous le maxillaire inférieur, ou en arrière de l'angle de la mâchoire, ou le long du sterno-mastoïdien, ou à la nuque?

Suivant les cas il faut faire l'examen du plancher de la

bouche, des gencives et des dents, de la face interne des joues ; des amygdales et du pharynx, ou du larynx, ou des téguments du cuir chevelu.

Ces diverses adénites aiguës sont fréquentes dans l'enfance. Une ulcération sublinguale dans la coqueluche, infectée secondairement, — une stomatite ulcéreuse, — une périostite alvéolo-dentaire, — une amygdalite ou une laryngite, — l'impétigo du cuir chevelu avec ou sans phthiriase sont les causes les plus habituelles de ces adénites.

Insistons sur le diagnostic différentiel entre l'adénopathie sous-mentonnière et les oreillons sous-maxillaires, entre l'adénopathie rétro-maxillaire et l'oreillon parotidien.

Un cas qui n'est pas rare est celui où l'adénopathie coexiste avec du trismus, cas assez fréquent au moment de la dentition ou à l'occasion de certaines inflammations tonsillaires chez des enfants du premier âge. Quand les antispasmodiques, administrés en lavements ou en inhalations, auront amené la détente de l'hypertonie réflexe des masséters, on pourra avoir la preuve du point de départ amygdalien de l'adénite ; en attendant ce moment, on se trouvera bien d'appliquer autour du cou des compresses imbibées d'eau froide et recouvertes de flanelle et de taffetas gommé ; ce procédé hydriatique est souvent suivi du plus heureux effet.

Au lieu de trismus, l'amygdalite peut provoquer le torticolis. J'ai vu un enfant qui, trois fois au cours de sa première dentition, a été pris des mêmes accidents : insomnie, refus d'alimentation, torticolis, adénite cervicale ; trois fois c'était une amygdalite tonsillaire aiguë qui actionnait ce syndrome.

Je mentionnerai seulement pour mémoire l'adénite rétro-maxillaire ou sous-maxillaire qui accompagne si sou-

vent le début de l'érysipèle de la face, c'est-à-dire l'angine érysipélateuse.

Entre les adénites aiguës, et les adénopathies franchement chroniques se placent certaines adénites qu'on peut appeler *subaiguës* ou du moins d'une durée de quelques semaines seulement, comme l'adénite cervicale qui accompagne le chancre syphilitique de l'amygdale sur laquelle j'ai insisté en 1883 dans un mémoire sur le chancre amygdalien et l'adénite sous-maxillaire liée au chancre de la lèvre. Un ganglion dur, gros, isolé, indolent, avec quelques autres plus petits dans le voisinage, constituent la pléiade révélatrice qui ne dure guère moins de six à douze semaines.

II

Puis nous avons à nous occuper des adénopathies de durée plus longue encore, comme celle des cancers de la lèvre, de la langue, de l'amygdale, du larynx, avec le caractère de dureté extrême, et d'indolence des ganglions, les hypertrophies ganglionnaires syphilitiques de la période secondo-tertiaire qui consistent en ganglions moins durs, isolés, roulant sous le doigt, surtout rétro-mastoïdiens et sous-occipitaux.

Enfin nous nous inquiéterons des *adénopathies franchement chroniques* de la scrofulo-tuberculose, susceptibles de poussées aiguës ou subaiguës, à tendance caséeuse ou suppurative plus ou moins accentuée, qu'il faut distinguer des masses de lymphadénome dont le pronostic est différent et dont la thérapeutique est du ressort chirurgical, lorsque l'arsenic à haute dose ne l'a pas modifié.

Les adénopathies scrofuleuses ont une marche très variable suivant les sujets et rien n'est plus difficile que de prédire leur évolution quand on est consulté pour la première fois par un sujet qui en est atteint.

Quand il s'agit d'un ou deux ganglions uniques bien limités, mobiles, sans empâtement du tissu ambiant, on peut le voir persister bien des années sans changement aucun.

Si la consistance reste ferme, qu'il n'y ait aucun accroissement, et que le ganglion soit à peine apparent à l'extérieur, mieux vaut n'y pas toucher et se contenter du traitement interne, modificateur de l'infection tuberculeuse ou du terrain purement lymphatique.

S'il y a tendance à l'accroissement et surtout au ramollissement par caséification, on est autorisé à pratiquer suivant les cas soit l'extirpation, soit les injections interstitielles de naphtol camphré.

S'il y a véritable fluctuation, et que le ganglion soit transformé en un kyste purulent, la ponction aspiratrice, suivie d'une injection d'éther iodoformé, peut être faite, ou bien il faut faire le curage de la poche caséo-purulente.

Quand on est en présence de ces grosses masses ganglionnaires qui forment un chapelet difforme le long du cou depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, ou s'étendant transversalement sous le maxillaire d'un côté à l'autre du cou, on peut essayer de provoquer la sclérose du tissu cellulaire en pratiquant en divers points de cette masse, autour des ganglions les plus accessibles, l'injection de quelques gouttes de la solution de chlorure de zinc au 1/10e (méthode sclérogène de Lannelongue).

Il est toujours temps de se résoudre à l'énucléation de toute cette masse, intervention de grande chirurgie.

Ces extirpations ont souvent d'ailleurs un côté décourageant : à peine un groupe de ganglions est-il extirpé qu'un autre s'hypertrophie et suppure à son tour. J'ai v des sujets opérés plusieurs fois ainsi en peu d'années.

Quant aux traitements médicaux à opposer, à toutes les

variétés d'adénopathies scrofuleuses du cou, il sont efficaces dans beaucoup de cas, à la condition d'être poursuivis *avec ténacité* et *à doses suffisantes.*

Il en est un, le plus ancien, c'est *l'huile de foie de morue*, et je puis affirmer par expérience que ce vieux remède est vraiment efficace, mais à la condition d'être employé *à hautes, très hautes doses*, comme M. Grancher le professe.

Ce n'est pas deux ou trois cuillerées à soupe par jour qu'il faut prendre, c'est au moins six et souvent beaucoup plus. J'ai vu une jeune fille de 15 ans prendre dans le service de la Clinique des Enfants 14 cuillérées à soupe par jour d'huile de foie de morue ; elle avait d'énormes masses ganglionnaires qui ont littéralement fondu en trois ou quatre mois. Mais il va sans dire que ce *traitement réclame un estomac et un intestin excellents*, car il ne faut pas encore que l'huile ingérée entrave l'alimentation normale. Peut-être pourrait-on obtenir un résultat analogue par l'usage du morrhuol, mais je n'ai pas de fait probant à citer.

Aussi, dans la plupart des cas, j'accorde ma confiance à l'une des deux médications internes suivantes : l'*iodoforme* et la *teinture d'iode.*

M. Verneuil a insisté avec raison sur l'efficacité incontestable de l'iodoforme dans certaines tuberculoses locales. J'y souscris sans réserve pour les adénopathies aphlegmasiques : suivant l'âge des sujets on donnera cinq, dix, quinze, vingt centigrammes d'iodoforme pro die, en pilules de cinq centigrammes, que j'enrobe volontiers, dans le tannin et la poudre de café porphyrisé pour les désodoriser. Au bout de quelques semaines, s'il y a de l'embarras gastrique, on suspend pendant une semaine ; on donne un ou deux purgatifs, pendant quelques jours l'antisepsie intestinale avec les naphtols; puis on recommence *pendant des mois.* J'ai vu des exemples saisissants de ganglions en voie de caséification qui rétrocédaient, se sclé-

rosaient. On avait déjà préparé le bistouri pour intervenir quand on assistait à la rétrocession graduelle.

Puis la teinture d'iode, donnée à la dose de dix à quarante gouttes pro die dans du vin d'Espagne ou simplement de l'eau sucrée, produit aussi de bons effets, mais surtout chez les sujets à scrofule franchement torpide; car l'iode, sous cette forme, provoque plus facilement des poussées réactionnelles subaiguës ou même aiguës dans les ganglions et leur atmosphère celluleuse. Dès que cetie réaction devient trop vive, il faut diminuer ou cesser l'iode ; sinon la suppuration suit.

Pour alterner avec les médicaments précédents, le sirop d'*iodure de fer* et les *préparations iodotanniques* jouent un rôle utile dans le traitement de certains sujets lymphatiques et anémiques, soit avec catarrhe bronchique sans induration pulmonaire ni bacilles dans les crachats ; dans les cas de bacillose pulmonaire, la créosote devient indispensable.

De temps en temps, une petite *cure arsenicale* interviendra utilement lorsqu'il n'y a pas de poussée subaiguë.

Il n'y a pas lieu de dédaigner *certains topiques*, comme les applications fréquentes de compresses de tarlatane imbibées d'eau salée à 3 0/0, les pommades contenant de l'ichtyol, voire même les applications réitérées de petits vésicatoires volants suivies d'onctions avec l'onguent mercuriel ou l'emplâtre de Vigo.

Il ne faut pas oublier que l'*alimentation* du malade doit être l'objet de soins attentifs ; que la viande, les œufs, les poissons gras, les sardines à l'huile, les graisses, les purées de farineux, le laitage feront la base de l'alimentation.

On utilisera encore les bains salés iodés et bromés.

P. LE GENDRE.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Mai 1892

SOMMAIRE :

Il y a un an, à pareille date, nous avions à enregistrer le succès de notre ami le Dr Le Gendre, nommé médecin des hôpitaux de Paris.

C'est avec un plaisir égal que nous avons à faire part aujourd'hui aux lecteurs de la Revue de la nomination de notre ami, le Dr Varnier, comme professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris.

Les lettres que nous recevons des abonnés au sujet des services que rend le recueil rédigé par nos deux amis nous assurent que leurs lecteurs se réjouiront avec nous de les voir ainsi récompensés.

G. STEINHEIL.

DE L'EMPLOI DU BALLON DILATATEUR DE CHAMPETIER DE RIBES DANS QUELQUES CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

Dans un article publié ici en 1890, nous avons appelé l'attention des praticiens sur le ballon dilatateur de M. Champetier de Ribes, et sur les services qu'il pouvait leur rendre quand il devient nécessaire de pratiquer la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant le travail.

Après avoir décrit et figuré l'appareil et son manuel opératoire nous avons particulièrement insisté sur son emploi dans les circonstances suivantes :

1° Rétrécissement du bassin au détroit supérieur; tumeur utérine ou péri-utérine plongeant dans l'excavation et empêchant la région fœtale qui se présente d'agir mécaniquement ou par action réflexe sur l'orifice à dilater;

2° Présentation de l'épaule non modifiable par manœuvres externes ;

Le tout aboutissant souvent au complexus suivant : travail durant depuis plusieurs jours, poche des eaux rompue, fœtus mort, putréfaction du contenu utérin, phénomènes généraux graves chez la mère épuisée, impossibilité de faire pénétrer la main dans l'utérus faute d'une dilatation suffisante.

Laissant de côté la question de l'accouchement prématuré provoqué sur lequel je promettais de revenir (promesse que je tiendrai bientôt) j'avais volontairement

borné là les indications de l'emploi du ballon de Champetier. Certes, dès l'origine, l'auteur prévoyait l'extension possible des indications à nombre d'autres circonstances, telles que :

a) Quelques cas d'hydramnios où il conseillait de rompre les membranes en même temps qu'on place le ballon.

b) Les accidents gravido-cardiaques.

c) Les cas de rétention du placenta pour rouvrir l'utérus lorsqu'il y a des phénomènes septiques graves.

d) Enfin les cas d'hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta.

« Je serais très disposé, disait mon maître, dans un cas d'hémorrhagie grave par insertion vicieuse, même avant tout début de travail, à rompre les membranes là où je pourrais les atteindre et à placer un ballon dans la cavité de l'œuf : je suis convaincu que le ballon fera un excellent tamponnement, tout en amenant un travail rapide, remplissant toutes les conditions pour avoir dans ces cas graves le meilleur résultat possible en ce qui concerne l'enfant aussi bien que la mère. »

Mais il s'agissait simplement là d'a priori ; la preuve clinique restait à faire et c'est pourquoi j'ai voulu attendre des observations démonstratives avant d'en parler aux lecteurs de ce journal qui, d'après son programme, ne doit enregistrer que les progrès bien et dûment acquis. Ces observations nous les avons aujourd'hui et nous pouvons parler par expérience de la dernière indication prévue par M. Champetier, l'hémorrhagie grave par insertion

vicieuse. Les autres *a*, *b*, *c* touchent soit à la question de l'accouchement provoqué, soit à celle de la délivrance dans l'avortement que je compte aborder avant la fin de cette année.

Ce chapitre n'est donc qu'une annexe à celui où j'ai traité (avril 1888) des hémorrhagies de la fin de la grossesse et du travail dues à l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Mes lecteurs se rappellent que je m'y prononçais catégoriquement (comme je le fais encore) contre le tamponnement vaginal et en faveur de la rupture prématurée artificielle des membranes d'après la méthode de Pinard. Je montrais que ce n'était que dans des cas absolument exceptionnels qu'il pouvait être indiqué de combiner la rupture des membranes à la version bipolaire.

« Supposez, disais-je, que pour des raisons diverses (ventre en besace et présentation inclinée, rétrécissement du bassin, tumeur fibreuse occupant le détroit supérieur) la région fœtale ne puisse descendre rapidement, pour faire tampon interne, aussitôt après la rupture de la poche, il va pouvoir s'écouler encore du sang. Et il ne faut plus qu'il s'en écoule.

« Lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces cas, possibles en somme, il faudra apporter à la règle de conduite que nous avons tracée : rupture et large déchirure des membranes, le correctif suivant :

« S'il s'agit d'une présentation du siège, deux doigt introduits dans l'orifice saisiront un pied et l'amèneron

dans le vagin. La cuisse viendra occuper l'orifice, et les régions voisines du siège, s'appliquant exactement sur le segment inférieur, plus aisément que la tête volumineuse et moins malléable, arrêteront absolument tout écoulement.

« S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, on fera avant toute intervention vaginale, la version par manœuvres externes; mais au lieu de ramener en bas la tête, on ramènera le siège et on se comportera comme précédemment.

« Mais s'il s'agit d'une présentation du sommet, si la tête très élevée et mobile au détroit supérieur paraît vouloir plutôt glisser dans la fosse iliaque, il faut, avant de rompre et de déchirer les membranes, ramener le siège en bas suivant le conseil donné par Braxton Hicks et très heureusement appliqué par Hofmeier, Lomer et Behm.

« C'est la méthode dite de la version combinée, bipolaire ou par manœuvres mixtes applicable dans les cas où la version par manœuvres internes ne l'est pas encore à cause de l'insuffisance de la dilatation de l'orifice utérin. »

La conduite que nous suivons aujourd'hui dans les cas que j'ai tenu à rappeler ici est beaucoup plus simple et non moins efficace. Après la rupture des membranes si, ce qui est tout à fait exceptionnel, je le répète, l'hémorrhagie ne s'arrête pas net, au lieu de toutes les manœuvres compliquées que nous préconisions naguère faute de mieux, nous introduisons dans l'œuf rompu un ballon de Champetier qui, remplissant admirablement l'office de tampon interne et hâtant la dilatation, permet l'extraction rapide du contenu utérin.

Cette méthode a de sérieux avantages sur celle de R. Barnes, qui, basée sur le même principe, consistait à obtenir à l'aide d'une série de sacs violons différemment calibrés, introduits dans l'utérus après la rupture des membranes, la dilatation de l'orifice en même temps que la compression des vaisseaux mis à nu par le décollement du placenta.

Un seul ballon Champetier suffit à faire toute la besogne et il la fait plus sûrement; les sacs de Barnes, plus volumineux il est vrai que le ballon Tarnier ont le même inconvénient que ce dernier, celui de ne pas avoir une forme et un volume irréductibles et de pouvoir être par conséquent laminés au travers d'un orifice insuffisamment dilaté. La caractéristique du ballon de Champetier est au contraire son irréductibilité qui l'empêche de sortir de l'utérus avant que la dilatation soit complète.

L'emploi du ballon Champetier présente des avantages non moins grands sur la version bipolaire et l'abaissement d'un membre inférieur destiné à agir comme tampon dans les cas où le placenta, très largement décollé avant qu'on soit appelé à intervenir, est poussé et comme exprimé de l'utérus par les parties fœtales qui s'engagent. C'est dans ces cas que l'on voyait jadis le placenta être complètement expulsé avant le fœtus. On comprend en pareille circonstance la supériorité d'un agent compresseur poussé *de dehors en dedans :* il refoule la portion déjà décollée vers un des côtés du segment inférieur et c'est à la portion de l'orifice libre d'adhérences qu'il va demander de parfaire

la dilatation, sans augmenter par conséquent le décollement placentaire. En même temps il comprime efficacement les vaisseaux béants.

Les sept observations qui suivent, tirées des registres de la clinique Baudelocque, sont la meilleure démonstration que nous puissions donner de l'efficacité de la méthode.

Observation I

Le 2 octobre 1890, la femme P..., ménagère, âgée de 29 ans, enceinte pour la septième fois, entre à la Clinique Baudelocque.

Ses six grossesses antérieures se sont terminées spontanément et à terme ; lors du troisième accouchement, une hémorrhagie assez abondante précéda l'expulsion d'un enfant mort-né.

Il est difficile de fixer le début de la grossesse actuelle, la malade ignorant l'époque de ses dernières règles, ainsi que la date d'apparition des mouvements actifs. L'utérus a 28 centimètres de hauteur.

La malade se plaint d'étourdissements qui se sont surtout accusés depuis le 15 octobre, en même temps qu'apparaissaient de la fièvre, de la fatigue, de la pâleur, accidents qui ont engagé cette femme à entrer à l'hôpital.

Envoyée au dortoir des femmes enceintes, elle y est prise, le 2 novembre 1890, à 5 heures et demie du matin, de douleurs qui nécessitent son admission à la salle de travail.

Le col est en voie d'effacement.

Une heure après, on trouve sur le coton vulvaire quelques taches de sang. A 9 heures du matin, au moment de la visite, on examine de nouveau la femme, et à partir de ce

moment il se produit une hémorrhagie abondante qui engage M. Pinard à intervenir immédiatement.

Il rompt d'abord largement les membranes, puis introduit le ballon de M. Champetier pour produire en même temps que la dilatation de l'orifice une compression au niveau de la surface saignante.

Au moment de l'introduction du ballon, la femme avait 37°,8 et 124 pulsations

La femme ne perd plus dans la soirée et la nuit ; mais, à quatres heures et demie du matin, le 3 novembre, il se fait une légère hémorrhagie ; on exerce alors des tractions sur le ballon qui s'engage davantage, et réveille les contractions.

Le ballon tombe dans le vagin à 4 heures 45 ; on le retire du vagin.

Le fœtus suit le ballon aussitôt, et est expulsé à 4 heures 50. Il est mort et légèrement macéré.

Le placenta est trouvé dans le vagin immédiatement après l'expulsion du fœtus ; on fait l'extraction simple du délivre ; la femme perd à ce moment, mais l'hémorrhagie dure à peine quelques secondes.

Durée totale du travail, depuis l'application du ballon jusqu'à son expulsion = 19 heures et demie.

L'enfant pèse 530 grammes ; le placenta 180 grammes ; les membranes sont complètes, et leur mensuration donne 25 sur 0, ce qui prouve que le placenta était bien prævia.

Suites de couches pathologiques. Irrigation continue.

5 novembre. A une heure du matin, le thermomètre ayant définitivement baissé, on suspend le traitement.

La femme sort de la Clinique le 16 novembre 1890, complètement rétablie.

Observation II

Marie T..., 34 ans, entre à la Clinique le 19 avril 1891. Elle est enceinte pour la troisième fois.

Le début de la grossesse actuelle remonte à 7 mois environ. Quinze jours avant son entrée, la malade a perdu du sang pendant une heure. L'écoulement s'est arrêté de lui-même; mais le 19 avril, à 10 heures du matin, nouvelle hémorrhagie plus abondante que la première qui la décide à entrer à la Clinique à 2 heures du soir.

A l'examen, pas d'œdème, pas de varices; parois abdominales très épaisses, utérus constamment tendu; pas d'engagement; le palper ne permet point de faire le diagnostic de la présentation. Bassin normal; à l'auscultation, bruits fœtaux sourds au niveau de l'ombilic.

Un examen très prudent donne lieu à un léger écoulement sanguin. A 3 h. 45, la parturiente perd encore, mais une injection antiseptique chaude arrête l'hémorrhagie ; à 5 heures nouvelle perte ; jusqu'alors cette femme n'avait éprouvé ni éblouissements, ni vertiges.

A 5 h. 1/2, devant la persistance des accidents, M. Pinard rompt largement les membranes.

Le palper avait donné jusqu'ici des résultats négatifs, dus à l'extrême tension des parois. Par le toucher, on constate que l'excavation est vide ; le col est dévié à gauche et très haut ; le cul-de-sac latéral droit est effacé, et l'on y sent une tumeur assez volumineuse et mollasse, qu'on pense être le placenta ; la partie fœtale reste très élevée, et n'a aucune tendance à agir comme tampon interne. M. Pinard appréhendant dans ces conditions la continuation de la perte, introduit dans le segment inférieur un ballon de Champetier.

En l'introduisant il sent la tête dans la fosse iliaque gauche ; après l'introduction du ballon, la perte s'arrête ; le tra-

vail marche rapidement, et à minuit 10 minutes le ballon est expulsé ; le fœtus suit, se présentant par le sommet.

Liquide amniotique abondant et de couleur normale ; la durée, de la période d'expulsion ne dépasse pas 10 minutes. Lésions vulvo-périnéales nulles. Pas la moindre hémorrhagie entre l'expulsion du fœtus et la délivrance qui se fait naturellement à 12 h. 35.

Les suites de couches sont marquées par une légère élévation de température et quelques frissons qui cèdent à l'irrigation continue et au sulfate de quinine.

Le 30 avril, la malade est en voie de guérison ; elle quitte la Clinique le 18 mars, entièrement rétablie.

L'enfant mort-né pesait 2330 grammes.

La mensuration des membranes a donné 37 sur 0 ; c'était donc une insertion marginale ; le placenta pesait 450 grammes.

Observation III

Caroline C..., 37 ans, couturière, se présente à la Clinique Baudelocque le 30 avril 1891.

Elle est enceinte pour la sixième fois.

Première grossesse en 1877 ; fausse couche de 3 mois.

Enceinte de nouveau au bout de trois mois, elle fait une fausse couche de six semaines.

Troisième grossesse, en 1879 ; accouchement à terme ; l'enfant vivant a présenté le sommet, il a succombé après six semaines.

Quatrième grossesse en 1881, accouchement à terme et spontané ; enfant vivant.

Cinquième grossesse, en 1889, normale ; accouchement spontané à terme, enfant vivant. L'enfant est mis en nourrice et meurt 15 jours plus tard.

Les dernières règles ont apparu le 13 août 1890 ; la parturiente est donc au huitième mois.

A l'examen, ni œdème ni varices des membres inférieurs ; présentation du sommet en gauche transversale. M. Pinard constate que le bassin est asymétrique, moins développé à droite qu'à gauche.

Il constate en outre que la paroi vaginale droite est refoulée par une collection qui communique probablement avec un abcès froid de la fesse.

Pas d'albumine dans les urines.

A 3 heures du soir, la parturiente a quelques douleurs, et perd une assez grande quantité de sang. On se décide à rompre largement les membranes ; les doigts pénètrent très aisément dans le col, et arrivent sur un cotylédon. La femme continuant à perdre, on introduit le ballon de M. Champetier.

Il est alors 4 h. 1/4 ; le ballon, distendu au maximum, fait naître de très violentes douleurs vers les 5 heures, et est expulsé à 6 h. 45 minutes.

Cette expulsion est accompagnée de quelques caillots, et d'une très légère quantité de sang liquide ; au toucher, on constate la présence d'un cotylédon poussé par la tête qui se présente. On parvient à refouler la masse placentaire. L'auscultation donnant ensuite des craintes sur l'état de l'enfant, on croit devoir appliquer le forceps. Mais les efforts de la femme ne donnent point le temps d'introduire la deuxième branche, et l'expulsion du fœtus a lieu à 8 heures. La durée de cette période d'expulsion a été de 1 h. 1/4 ; pas de lésions vulvo-périnéales ; plus d'écoulement sanguin.

Durée totale du travail, 5 heures 20.

Extraction simple du placenta à 8 heures 40 soir.

Enfant pesant 2600 grammes, et vivant.

Le placenta pèse 490 grammes.

Mensuration des membranes 39 sur 0.

Observation IV

Mme X..., couturière, entre à la Clinique le 21 septembre 1891.

Cette femme est enceinte pour la deuxième fois; sa première grossesse s'est terminée à terme spontanément, par l'expulsion d'un enfant bien portant qui vit encore.

Elle a eu ses dernières règles fin janvier 1891, a senti remuer fin mai; elle en est donc au début du huitième mois, quand elle entre dans le service une première fois le 21 septembre pour un léger suintement sanguin. La perte ayant cédé rapidement aux simples injections chaudes et au repos, la femme sort de la Clinique le 29 septembre.

Elle y revient le 6 novembre, à 7 heures du soir, perdant du sang en abondance, sans douleurs; elle a été surprise par cette hémorrhagie au moment où elle sortait du Louvre. La chemise, les cuisses, les bas sont inondés de sang.

A l'examen général, rien de particulier si ce n'est une parenthèse bien accentuée des membres inférieurs et quelques varicosités à la jambe gauche.

Par le palper, je trouve l'excavation et le grand bassin vides de parties fœtales.

La tête, mobile, est sur la ligne médiane, suspendue très au-dessus de l'aire du détroit supérieur. Le dos est à gauche, le siège sous les fausses côtes droites, les petites parties à droite. On entend les bruits du cœur au-dessus de l'ombilic et presque sur la ligne médiane. Dans toute la partie inférieure de l'utérus, c'est-à-dire dans le grand bassin, consistance molle et pâteuse.

Le toucher digital ne me donnant que des renseignements très imparfaits, à cause de l'élévation du segment inférieur, j'introduis toute la main dans le vagin, et je retrouve en arrière, effaçant le cul-de-sac postérieur, une tumeur mollass

qui, lors du premier séjour de cette femme dans le service, avait été prise pour une tumeur liquide, et qui n'est autre que le placenta.

Le col est refoulé en avant et en haut derrière la symphyse. Il a toute sa longueur, et n'est perméable qu'à deux doigts. Au niveau de l'orifice interne, et bouchant l'entrée de l'utérus, je sens les cotylédons placentaires. Je marque, en la déchirant du doigt. la partie du placenta qui se présente.

Aussi loin que je puis aller en arrière, je ne trouve que du placenta; de même à droite. En avant, il me faut recourber fortement les doigts et les porter au-dessus de la symphyse, pour sentir les membranes que je sens également en avant et à gauche. Au même instant, je perçois les battements du cordon. *Rompre les membranes produirait fatalement une procidence* de celui-ci. *J'introduis donc en avant et à gauche, là ou j'ai eu la sensation qu'il n'y a pas de placenta, un ballon Champetier, réservant ainsi pour le dernier moment la déchirure de l'œuf.* Je distends le ballon au maximum.

Immédiatement après l'introduction et le gonflement du ballon qui s'opèrent sans écoulement sanguin, les battements du cœur fœtal sont bons.

Le fond de l'utérus remonte à 36 centimètres au-dessus du bord de la symphyse; le point le plus déclive de la tête est à 10 centimètres au-dessus du pubis sur la ligne médiane. On sent par le palper le ballon qui remonte à gauche, dans la fosse iliaque.

Le travail marche régulièrement sans hémorrhagie. A 3 heures du matin, le dilatation est comme une petite paume de main.

A 5 heures et demie, la dilatation est complète, le ballon ıns le vagin; je l'extrais et introduisant la main en avant t à gauche, je déchire les membranes et pénètre dans l'œuf;

je suis le plan latéral postérieur du fœtus et je saisis le pied gauche que j'amène dans le vagin, en même temps qu'y descend la plus graude partie du cordon. Il faut des tractions dans l'axe assez énergiques pour commencer l'évolution qui se fait spontanément. La hanche gauche revient en avant et j'extrais sans difficulté en sacro-iliaque gauche, après dégagement du pied postérieur et des bras.

Immédiatement derrière le fœtus, le placenta sort à moitié de la vulve, roulé en cornet d'oublie. Pas d'hémorrhagie consécutive.

L'enfant étonné, mais bientôt ranimé sans insufflation, pèse 3380 grammes. Poids du placenta = 490 grammes.

Durée totale du travail depuis l'introduction du ballon jusqu'à son expulsion = 9 heures et demie.

Les suites de couches sont normales.

Observation V

Amélie T..., primipare, se présente à la Clinique le 26 octobre 1891. Dernières règles le 26 mars. Elle est donc enceinte de 7 mois environ.

Jusqu'à ce jour, sa grossesse n'a rien présenté d'anormal; le 26 octobre seulement, à 3 heures du matin, elle commence à perdre du sang en petite quantité. Les pertes allant en augmentant, elle se décide à entrer à la Clinique.

L'examen général ne révèle rien d'anormal; c'est le sommet qui se présente, en position gauche. Le bassin est normal, et l'on entend les bruits du cœur fœtal à gauche, au-dessous de l'ombilic.

Après une série de pertes peu inquiétantes ayant duré tout le jour, mais par intervalles, à 5 1/2 du soir, une hémorrhagie plus considérable survient. On rompt les membranes, et l'écoulement s'arrête aussitôt.

Mais à 6 h. 20, la parturiente recommençant à perdre, on examine le segment inférieur de l'utérus. On trouve alors le placenta en arrière, tout près de l'orifice, dans lequel le pousse la tête qui s'engage. Après avoir remonté la tête, à droite et en arrière, on parvient à introduire à gauche un ballon Champetier. On y pousse 500 grammes de liquides, et l'hémorrhagie s'arrête. A partir de ce moment, les douleurs sont presque continues. Le ballon est expulsé à 9 h. 1/2 du soir, et la tête ramenée aussitôt au niveau du détroit supérieur.

En pratiquant le toucher, on trouve une main et un avant-bras dans la cavité vaginale ; la réduction s'en opère facilement, et l'accouchement se termine à 9 h. 45 minutes, soit un quart d'heure après l'expulsion du ballon.

La délivrance a lieu à 10 h. 20, et est suivie d'une hémorrhagie assez abondante qui nécessite des injections vaginales et intra-utérines très chaudes pendant 1/2 heure ; l'écoulement tardant à s'arrêter, on fait le tamponnement intra utérin avec de la gaze iodoformée.

L'enfant vient au monde dans un état physique alarmant ; il pèse 1930 grammes. On le met dans une couveuse où il meurt le lendemain soir.

Suites de couches normales.

Temps qui s'est écoulé entre l'introduction du ballon et la dilatation complète : 3 heures.

Observation VI

M. R .., domestique ; première grossesse en 1880 terminée spontanément à terme ; enfant bien portant.

A eu ses règles pour la dernière fois le 24 mai 1891. Elle st enceinte de 7 mois environ.

Le 29 juillet, perte de sang survenant brusquement, sans cause apparente ; le sang est liquide et rouge. Jusqu'au 9 août, cette femme perd chaque jour du sang noirâtre et en caillots. A partir du 9, plus d'hémorrhagies ; mais le 15 août, nouvelle perte adondante de sang, liquide et vermeil. Plus rien ensuite jusqu'au 25 décembre. Ce jour-là, à 10 heures du matin, nouvelle hémorrhagie. La femme vient à la Clinique à 11 heures ; sa chemise est absolument inondée de sang. On fait une injection vaginale très chaude et une toilette vulvaire ; l'hémorrhagie s'arrête.

Le 27 décembre 1891, nouvelle perte très abondante, qu'on évalue à 300 grammes. Une injection vaginale chaude arrête l'hémorrhagie ; mais en présence de ses retours offensifs, et vu l'état d'affaiblissement de la femme, je me décide à intervenir plus énergiquement. J'essaye de rompre les membranes ; je n'y arrive que très difficilement ; on ne sent d'abord que des cotylédons, et on pourrait croire à une insertion centrale ; mais la veille, j'étais arrivé sur les membranes au niveau de l'orifice interne. L'index gauche, porté en supination le long de la paroi antérieure du segment inférieur, sans rien décoller, arrive à grand'peine jusque sur l'œuf. Une pince courbe de Péan, guidée sur l'index, me permet de saisir et de déchirer les membranes par torsion. Mais cette déchirure me paraissant insuffisante je me hâte d'introduire un ballon Champetier. Il est alors 10 heures 1/4 du matin ; les douleurs deviennent de plus en plus violentes, et il n'y a plus trace de sang à la vulve. A 2 heures du soir, dilatation complète ; on retire le ballon du vagin. A ce moment une hémorrhagie survient, et le placenta occupe en grande partie la cavité vaginale. On introduit la main, on refoule le placenta à droite, puis pénétrant dans l'utérus, on va à la recherche d'un pied. La manœuv est facile, l'extraction s'opère lentement, et le placenta, e

tièrement décollé, suit la sortie du fœtus. Ce dernier, né en état de mort apparente, ne tarde pas à respirer; il pèse 1470 grammes, et le placenta 320.

Temps qui s'est écoulé entre l'introduction du ballon et la dilatation complète = 3 heures 3/4. Suites de couches normales.

Observation VII

G. B..., couturière, entre à la Clinique Baudelocque le 31 janvier 1892. Père et mère bien portants ; elle même n'a eu qu'une fièvre typhoïde à 36 ans. Réglée à 12 ans toujours régulièrement.

Six grossesses antérieures.

1re *grossesse.* — Normale, accouchement normal, enfant bien portant.

2e *grossesse.* — Normale, accouchement normal, enfant mort à 15 mois, rachitique.

3e *grossesse.* — Normale, accouchement normal, enfant bien portant.

4e *grossesse.* — Présentation de l'épaule. Enfant mort à 8 jours.

5e *grossesse.* — Terminée à 6 mois ; enfant mort-né.

6e *grossesse.* — Normale, accouchement normal, enfant mort-né.

La mère n'a pu donner aucun renseignement sur les causes de la mort de ces deux derniers enfants.

La grossesse actuelle date d'environ 8 mois; la femme a eu ses dernières règles vers le 5 juin 1891. Aspect général bon. Léger œdème des membres inférieurs. Utérus normal, comme volume; il est le siège de plusieurs *fibromes :* un, gros comme un œuf de pigeon, siège sur le fond de l'utérus ; un autre, plus petit, est plus bas, sur la face antérieure.

Bassin normal. A l'auscultation, les bruits fœtaux sont très sourds ; ils s'entendent à droite et au-dessous de l'ombilic. Pas d'albumine dans les urines. *Température à l'entrée 39,3.*

Par le palper, aucun diagnostic possible, l'utérus étant continuellement contracté. *La femme dit avoir perdu les eaux à 1 1/2 du matin et en même temps une certaine quantité de sang.*

Par le toucher, on retire des caillots du vagin ; le col est perméable ; on sent, à gauche du col, le bord du placenta qui occupe tout le segment inférieur. La partie fœtale est extrêmement élevée ; cependant on reconnaît la tête. L'hémorrhagie persistant, on introduit un ballon Champetier ; il est alors 10 h. 1/2 du matin ; les douleurs deviennent fréquentes, et la parturiente ne perd plus.

Le travail marche régulièrement et à midi 45 minutes, la dilatation est complète ; derrière le ballon, s'engage aussitôt la tête, précédée du cordon ; une seule douleur suffit pour expulser la tête, douleur pendant laquelle on put faire passer le cordon au-dessus de cette dernière peu volumineuse. Il y avait un circulaire du cou. L'enfant était mort.

L'accouchement se termina sans encombre, et la délivrance se fit à 1 h. 1/2 du soir.

On injecta aussitôt dans l'utérus plusieurs litres de biiodure de mercure (1/4000) à 48°.

A 3 h. frisson. — Température 39°,6.

A 4 h. du soir, le 1er février, le thermomètre accusant 39°,4, *on soumet la femme à l'irrigation continue.*

A 5 h. soir, même jour, thermom. = 38°,2.
A 5 h. 1/2, frissons, thermom. = 38°,8.
A 7 h., frissons, thermom. = 38°.
A 8 h., — thermom. = 37°,2.
A 9 h., — thermom. = 36°,7.

A 10 h., frissons, thermom. = 36°,3.

A 11 h., — thermom. = 36°.

On cesse l'irrigation.

2 février. — Injection intra-utérine. Pouls = 172. Température = 37°

3 février. 9 h. matin : Piqûre de morphine. Onguent napolitain sur le ventre. Toutes les heures, 0,02 centigr. de calomel.

3 février. — 3 h. du soir : Temp. = 37°,5.

3 février. — 5 h. du soir: Pouls = 124.

Mort.

Nécropsie. — L'utérus est le siège de plusieurs fibromes, dont deux occupent la face antérieure de l'organe ; ils ont été diagnostiqués pendant la vie ; la muqueuse est très épaissie, rouge noirâtre ; une odeur infecte s'exhale de la cavité utérine. Pas de péritonite. Nulle part on ne trouve de pus. Mais l'examen bactériologique prouve que la septicémie est bien la cause de la mort.

La température de 39°,3 que présentait cette femme à son entrée, le frisson et l'élévation à 39°,6 qui sont survenus moins de 2 heures après l'accouchement montrent d'autre part que le ballon Champetier ne saurait ici être incriminé.

H. VARNIER.

FORMES CLINIQUES PEU CONNUES DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS

Vers la fin de l'année dernière j'étais consulté pour une petite fille de vingt mois, chez laquelle existaient des accès de fièvre irréguliers, dont la cause n'avait pu être déterminée. Cette enfant n'avait eu, me disait-on, d'autres maladies depuis sa naissance qu'une stomatite aphteuse quelques semaines auparavant ; l'affection buccale avait été remarquable par la confluence des érosions aphteuses et avait entravé notablement l'alimentation pendant deux à trois semaines. La petite était précoce pour la marche et pour l'intelligence ; sa dentition était passablement en retard. Les aphtes avaient été attribués à l'évolution dentaire, opinion que je déclarai ne point partager ; je considère comme démontrée l'origine bovine des stomatites aphteuses : c'est le lait qui en apporte les germes dans la bouche de l'enfant, et, si le travail de la dentition joue un rôle dans leur pathogénie, c'est tout au plus en préparant le terrain à l'infection par la congestion de la muqueuse buccale qui devient dès lors plus vulnérable, plus pénétrable aux agents pathogènes.

Quoi qu'il en soit, les aphtes avaient disparu depuis plusieurs semaines, mais l'enfant ne se rétablissait pas, son appétit était capricieux, elle était peu disposée à marcher et à jouer, elle était pâle.

En outre, la peau devenait chaude de temps en temps à des heures irrégulières ; les mains, le cuir chevelu, la nuque se couvraient de sueur et le thermomètre démontrait la fièvre, qui oscillait suivant les jours entre 38 et 39°. Aucun autre symptôme d'ailleurs : pas de troubles digestifs, pas de troubles respiratoires.

On avait pensé au rachitisme ; mais il n'y avait aucune déformation du squelette, pas de douleurs des membres.

On avait songé à cet impaludisme parisien, dont M. Jules Simon a signalé la fréquence relative et qui, causé par les affouillements incessants du sol de nos rues, tels que les nécessitent les innombrables travaux de voirie, s'attaquerait d'une façon latente aux bébés de la grande ville. Mais l'administration réitérée de doses suffisantes de quinine n'avait pas coupé court aux accès fébriles.

Mon impression, après examen de l'enfant, fut qu'il y avait sous roche quelque ennemi plus sérieux ; cette fillette avait cet air à la fois sérieux et vieillot qu'on trouve chez les petits êtres minés par une infection chronique (syphilis ou tuberculose) ; l'exploration minutieuse des viscères ne me faisait découvrir qu'un foie et une rate assez augmentés de volume et de nombreux petits ganglions, indolents, dans les creux axillaires et inguinaux, à la région cervicale. Cette micro-polyadénopathie généralisée a été donnée comme un indice de tuberculose par M. Legroux en 1888, et récemment M. Mirinescu, dans une thèse (Paris, 1890), confirmait la valeur de ce signe.

Tout en retournant l'enfant, je trouvai en deux points

des téguments deux petites élevures à peine saillantes, d'un rouge un peu cuivré, ne s'effaçant pas par la pression et au niveau desquelles la peau était un peu indurée ; l'une de ces papules se voyait sur une fesse et l'autre sur une joue. On me dit qu'elles n'existaient pas à la naissance, et qu'elles s'étaient montrées l'une après l'autre. C'était tout ce que pouvait m'apprendre l'examen de l'enfant, mais, pendant que je faisais causer les parents, je notais que la mère était une petite femme d'apparence chétive, à thorax étroit ; sur sa joue droite se voyait une tache dont la dimension, la forme, la coloration et, comme je pus m'en assurer, la consistance étaient celles du lupus érythémateux. J'appris que cette dame avait eu une pleurésie, sa mère avait eu un mal de Pott. Le père de l'enfant avait les moustaches de ce blond affectionné par les maîtres vénitiens et qui sent le terrain tuberculeux, dit M. Landouzy. Tout cela me fit suspecter quelque tuberculose insidieuse chez l'enfant.

Comme les parents me pressaient de formuler un diagnostic et que je ne me sentais pas autorisé à exprimer le fond de ma pensée en l'absence d'éléments suffisants d'appréciation, je demandai en consultation un de nos collègues les plus distingués, qui m'avait introduit dans la famille. Son opinion fut beaucoup plus optimiste ; il lui sembla que la dentition retardée et laborieuse pouvait expliquer le dépérissement, conseilla seulement les bains tièdes, les bromures, les laxatifs.

Cependant, les jours et les semaines s'écoulèrent ; la

fièvre revenait toujours à intervalles irréguliers et à heures variables, disparaissant quelquefois plusieurs jours de suite, et alors l'alimentation, le sommeil, l'humeur devenaient meilleurs ; puis la fièvre reparaissait, ramenant de nouveau l'anorexie, l'accablement dans le jour et l'agitation la nuit. De temps en temps une petite toux de deux ou trois jours avec signes d'auscultation presque nuls, pas absolument nuls cependant ; dans la fosse sus-épineuse gauche le cri retentissait beaucoup plus que dans le reste du poumon et le murmure respiratoire y était un peu râpeux et saccadé.

Un beau jour la petite élevure papuleuse de la joue se mit à grossir et à jaunir, faisant une saillie comme un petit pois ; à ce niveau l'épiderme devenait mince et luisant. Mon diagnostic fut gomme tuberculeuse, pleinement confirmé par un chirurgien des plus distingués ; il fut convenu qu'on appliquerait en permanence l'emplâtre de Vigo et qu'on n'interviendrait que si on avait la main forcée par l'imminence de l'ouverture spontanée du foyer gommeux.

J'avais depuis quelque temps institué un traitement consistant en petites pilules d'iodoforme et de tannin, qu'on dissimulait dans un peu de confiture, de la crème ou de la soupe ; l'alimentation fut poussée activement, et je constatai une amélioration incontestable : disparition de la fièvre et des sueurs pendant plusieurs semaines ; retour de l'appétit, du sommeil, diminution de la rate et du foie. Mais des troubles digestifs ne tardèrent

pas à entraver ma médication ; la langue devint saburrale, il y eut de l'entérite ; on dut suspendre l'iodoforme et le tannin. L'enfant, qui avait un peu engraissé tout en demeurant très pâle, recommença à maigrir, et le caractère, en général doux, devint insupportable : refus absolu de jouer, de marcher, de manger, de se laisser examiner. Réapparition d'accès fébriles ; laryngite, bronchite légère. Chose assez singulière, la lésion tuberculeuse de la joue diminuait à vue d'œil, au fur et à mesure que se groupaient les mauvais symptômes viscéraux. — J'attendais d'un jour à l'autre une explosion d'accidents plus précis, indiquant une détermination sur l'un des grande appareils : serait-ce une broncho-pneumonie tuberculeuse, une méningite, une péritonite de même nature?

Un jour en arrivant, je trouve l'enfant endormie, d'une pâleur de cire ; je tâte le pouls, il était d'une extrême irrégularité, bien que la respiration fût calme et régulière ; l'enfant s'éveille, on la prend sur les genoux, elle lance en deux ou trois fusées successives de vomissements le lait qu'elle avait pris une heure auparavant. Elle se tourne obstinément du côté opposé à la lumière ; quand elle consent à ouvrir les yeux, je constate un très léger strabisme. Hélas! plus de doute, la détermination tuberculeuse s'est faite sur les méninges, et les jours suivants s'est déroulé le drame dont les péripéties varient peu et dont le dénouement est toujours le même.

Si j'ai longuement décrit la marche de ce cas, c'est qu'il donne un exemple de cette *infection tuberculeuse diffuse*,

qui, avec des manifestations viscérales presque nulles, se traduit seulement par une *fièvre intermittente* pendant un assez long temps, constituant un tableau clinique peu connu, mal décrit dans les classiques.

Une bonne étude récente a été faite pour certains autres cas par M. Aviragnet, qui a eu surtout en vue les formes de tuberculose diffuse dont la symptomatologie rappelle celle de l'*athrepsie;* sa description mérite d'être en partie reproduite. Ici, au lieu de la fièvre intermittente dont j'ai parlé tout à l'heure dans cette forme subaiguë et relativement rapide, nous allons assister à une évolution lente et apyrétique (1).

« Le début de la tuberculose généralisée chronique est des plus variables. La première manifestation de la maladie peut simuler, chez les uns, un embarras gastrique ou une fièvre typhoïde; chez d'autres, c'est une bronchite, banale d'apparence, qui marque le début de l'affection, ou bien encore une broncho-pneumonie qui a traîné, qui a mis longtemps à disparaître et qui a fatigué beaucoup l'enfant. M. Landouzy insiste beaucoup sur les bronchites à répétition, qu'il appelle les « échéances » de la tuberculose. Pour lui, il s'agit toujours de poussées successives de l'infection tuberculeuse.

Il est possible que la plupart de ces bronchites ou broncho-pneumonies soient des manifestations de la tuberculose, mais il est certain que quelques-unes sont dues à des

(1) *Bulletin médical*, 1892.

micro-organismes autres que le bacille de Koch. Des inflammations pulmonaires, relevant de streptocoques ou de pneumocoques, se développent fréquemment dans le cours de la tuberculose chronique ; elles peuvent aussi en marquer le début.

Arrivée à la période d'état, c'est-à-dire quand la tuberculose s'est généralisée, la maladie présente toujours les mêmes allures.

Ce qui frappe, c'est l'état misérable du petit malade. Pâle, amaigri, la peau collée sur les os, les traits tirés, le visage fatigué et vieilli, les yeux cernés, sans expression, les cils longs, tel est le tuberculeux. Cet aspect est tellement caractéristique qu'on ne s'y trompe pas quand on en a déjà vu. On porterait le diagnostic avant même de pratiquer l'examen des organes.

Cet examen donne des résultats variables suivant les enfants, et c'est moins sur lui que sur l'aspect général qu'il faut se baser pour arriver au diagnostic.

Du côté des poumons, on ne constate, le plus souvent, que des râles de bronchite sans grands caractères ; parfois, cependant, il y a de la submatité à l'un des sommets, et la respiration y est affaiblie ou soufflante ; souvent, les bases seules sont prises. Chez un autre enfant, on trouvera les signes d'une adénopathie trachéo-bronchique. Pas de troubles fonctionnels bien accentués dans la majorité des cas ; un peu de toux, pas d'expectoration, pas de dyspnée.

Les troubles digestifs sont également des plus variables. Le petit tuberculeux a conservé l'appétit le plus souvent

Quelques-uns digèrent très bien ; ils ne vomissent pas, ils n'ont pas de diarrhée. Cependant, la nourriture ne leur profite pas; ils dépérissent. Chez d'autres, ce dépérissement est plus rapide, parce qu'il existe des troubles gastro-intestinaux. Les vomissements sont alors fréquents. L'enfant rend tout ce qu'il prend, une heure, deux heures après son repas. Il a, en même temps, de la diarrhée.

Quand celle-ci est liée à de l'entérite tuberculeuse ulcéreuse, elle est persistante; mais le plus souvent elle est sous la dépendance du mauvais état général, elle peut alors s'amender avec un traitement bien conduit.

Le foie est gros, il déborde les fausses côtes de quelques travers de doigt. La rate est constamment augmentée de volume. L'albuminurie fait habituellement défaut.

Pris isolément, ces symptômes n'ont rien de bien net, mais leur ensemble est caractéristique et suffit à poser le diagnostic de tuberculose. Ce diagnostic sera facilité encore par la présence de la micro-poly-adénopathie généralisée. Mais, avant de déclarer tuberculeux des ganglions, il faut s'assurer de l'état des téguments, chercher s'il n'existe pas quelques excoriations, quelques ulcérations qui puissent avoir produit une adénopathie.

L'état général du petit malade s'aggrave très vite et bientôt l'enfant arrive au dernier degré de l'étisie.

L'amaigrissement squelettique qu'il offre est alors effrayant et l'on se demande comment la vie existe encore chez un petit être aussi profondément touché. Quelques-uns de ces tuberculeux meurent sans douleurs, sans cris,

incapables de réagir ; ils s'éteignent lentement sans avoir présenté du côté de leurs différents organes d'autres modifications que celles que nous avons notées (troubles digestifs, lésions des poumons, hépatomégalie, splénomégalie, etc.). D'autres arrivent moins vite à ce degré extrême d'affaiblissement, parce qu'ils n'ont pas de troubles digestifs. Et c'est alors une chose étrange que de voir ces enfants qui dévorent, qui ont toujours faim, qui digèrent le lait qu'on leur fait prendre, s'amaigrir quand même tous les jours et d'une façon notable. La mort arrive par septicémie lente.

Pendant l'évolution de la maladie — dont la durée est des plus variables — il n'y a pas eu de fièvre. La température ne s'élève que pendant les derniers jours. Cette absence de fièvre chez les jeunes tuberculeux est un phénomène constant. Chez les enfants plus âgés la fièvre est, au contraire, la règle ; et c'est alors, avec de l'amaigrissement, un des éléments sur lesquels il faut se baser pour faire le diagnostic.

Parfois, des phénomènes méningés terminent la scène; ce n'est plus la mort lente et silencieuse qu'on observe, parce que les symptômes de la méningite sont ordinairement bruyants (cris pendant la nuit, agitation, délire, convulsions suivies de paralysie, etc.). Certains méningitiques cependant tombent très rapidement dans le coma et succombent sans avoir présenté ni cris, ni convulsions. Il est de règle de voir la température s'élever quand se montrent les accidents méningés. Le pouls offre parfoi

mais pas constamment, les inégalités si caractéristiques de la méningite des enfants plus âgés.

Nous croyons utile de faire remarquer que cette méningite des enfants au-dessous de deux ans — localisation ultime d'une tuberculose diffuse — est loin de se présenter avec les allures classiques de la méningite tuberculeuse. C'est que, lorsque les localisations pie-mériennes se produisent, l'enfant est déjà très touché ; tous ses organes sont envahis par la tuberculose et il est incapable de résister longtemps à cette nouvelle poussée du côté de l'encéphale et de ses enveloppes. Chez les enfants plus âgés, la méningite tuberculeuse se montre souvent chez des malades à peine tuberculeux (ganglions bronchiques caséifiés, quelques rares tubercules dans le foie et dans la rate) ; son évolution est, par ce fait, différente.

Dans la description que nous venons de faire de la tuberculose diffuse, seuls les symptômes méningés paraissent être caractéristiques, et c'est après leur apparition seulement que bien des médecins portent le diagnostic de tuberculose chez ces enfants qu'ils regardaient comme des « athrepsiés ». Cependant, le facies du malade, son extrême amaigrissement, la polyadénite superficielle généralisée qu'il présente, l'hypertrophie du foie et de la rate sont, aussi bien que les phénomènes méningés, suffisants pour permettre d'affirmer le diagnostic de tuberculose.

Dans cette énumération des principaux symptômes de la tuberculose diffuse, nous n'avons pas insisté longue-

ment sur les troubles gastro-intestinaux. Nous croyons que leur importance a été exagérée.

Les vomissements et la diarrhée existent fréquemment chez les tuberculeux, mais ces désordres ne sont pas sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse des organes digestifs ; ils dépendent de l'état général.

L'entérite tuberculeuse est une rareté dans la première enfance. La diarrhée des jeunes tuberculeux est due à des infections secondaires facilitées par leur mauvais état général. Par contre, chez les enfants plus âgés, au-dessus de cinq ans, on trouve plus fréquemment des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, et, quand chez un tuberculeux de sept, huit ans, existe une diarrhée rebelle à tout traitement, on peut affirmer l'existence d'une entérite tuberculeuse.

Une autre forme de tuberculose de l'enfance dont la nature a longtemps échappé aux cliniciens, c'est celle qui revêt l'*apparence d'une vulgaire broncho-pneumonie.* C'est à mon ami L. Queyrat que revient le mérite de l'avoir bien mise en lumière ; il a prouvé par la culture soit des noyaux broncho-pneumoniques, soit des ganglions trachéo-bronchiques et l'examen bactériologique, que la plupart des broncho-pneumonies de la première enfance, bien qu'on ne puisse y constater macroscopiquement aucun tubercule, sont de nature bacillaire.

Toutes les considérations précédentes montrent que la tuberculose est d'une extrême fréquence au début de la

vie, soit sous la forme de tuberculose diffuse chronique généralisée d'apparence athrepsique, soit sous celle de fièvre intermittente par infection bacillaire du sang avec splénomégalie, soit sous celle de broncho-pneumonie banale.

Si les conséquences en sont peu consolantes au point de vue thérapeutique, car ce sont là des formes à peu près rebelles à tout traitement, elles offrent un grand intérêt au point de vue du diagnostic et du pronostic — et j'ajouterai de la prophylaxie. Car, si quelquefois la tuberculose infantile est vraiment héréditaire, par hérédité de la graine — comme dit Landouzy, — elle l'est beaucoup plus souvent, à mon avis, par hérédité du terrain, c'est-à-dire d'un tempérament tuberculisable. Alors, la graine bacillaire étant répandue autour de nous avec une désastreuse abondance, l'infection se fait soit par l'alimentation, soit par la respiration, surtout dans les milieux pauvres par suite de la promiscuité.

P. Le Gendre.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Excitants.

Ammoniacaux, benjoin, camphre, éther, musc, vin, café, cognac.

1. — Décoction de racines d'alth.................. 8 : 100
Solution d'ammoniaque anisée................ 1.50 à 2.50
Sirop simple................................ 20
F. s. a. Par cuillerées à café toutes les heures.

2. — Solution de succinate d'ammoniaque........ 0.50 à 1 ou 2
Eau distillée............................ 20
Sirop simple............................. 20
F. s. a. Par cuillerées à café toutes les heures.

3. — Camphre en poudre...................... } ãã 0.01 à 0.05
Fleurs de benjoin...................... }
Sucre blanc.................................... 0.30
F. s. a. un paquet n° 10. 1 paquet toutes les 2 heures.

3 a. — Huile camphrée.............................. 0.10
F. s. a. 1/4 à 1/2 seringue en injection sous-cutanée.

4. — Éther.. 10
F. s. a. 1/10 à 1/2 seringue en injection sous-cutanée.

5. — Teinture de musc.............................. 5
F. s. a. 1/10 à 1/2 seringue en injection sous-cutanée.

5 a. — Musc pulvérisé........................... 0.01 à 0.10
Sucre blanc.............................. 0.03
F. s. a. un paquet n° 5. Un paquet toutes les 2 ou 3 heures.

6. — Poudre de moutarde.
La valeur d'une poignée dans un sac de toile, pour mettre dans un bain.

D'après Baginsky. *Traité des maladies des Enfants.* Trad. franç., par L. Guinon et L. Romme. 1892, Steinheil, édit.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Juin 1892

SOMMAIRE :

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES GÉNITALES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

III. — *Hémorrhagies par décollement prématuré du placenta normalement inséré.*

Nous avons étudié dans les chapitres précédents les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta, nous avons vu comment elles se produisaient, et quel traitement il fallait leur opposer. Il nous reste à examiner une autre variété d'hémorrhagie génitale pendant la grossesse et l'accouchement qui peut se produire, alors que le placenta est normalement inséré, par suite de son décollement prématuré.

C'est un accident peu étudié jusqu'à ce jour, il est à peine signalé dans les auteurs classiques. Mais il mérite à cause de son extrême gravité et pour la mère et pour le fœtus d'être connu du praticien et de la sage-femme, qui pourront quelquefois le prévenir dans sa cause, ou le combattre quand il se sera produit.

Bien que Mauriceau ait signalé ce genre d'hémorrhagie, c'est Baudelocque qui en a donné la première description.

« L'hémorrhagie qu'on désigne sous le nom de perte, est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice, et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse. Cette hémorrhagie n'est pas toujours apparente. Si le sang, le plus souvent se répand en dehors, quelquefois aussi il s'épanche derrière le placenta et y est retenu, tantôt par les fortes adhérences du bord de cette masse, ou par celles des membranes seulement avec la matrice, et tantôt par la contraction naturelle du col de ce viscère même qui ne s'est pas encore entr'ouvert à l'époque où se fait cet épanchement : ce qui établit deux sortes de pertes utérines, l'une apparente et l'autre cachée. Tous les auteurs en ont fait cette distinction ; mais l'hémorrhagie cachée n'a pu mériter son attention qu'autant qu'elle se manifestait après l'accouchement et bien peu, peut-être même aucuns, ne l'avaient considérée comme nous.

Si la structure de la matrice et la résistance que ses parois opposent constamment aux agents qui en opèrent l développement semblent porter à croire qu'il ne peut s'

pancher beaucoup de sang derrière le placenta, l'observation, peu d'accord avec ces connaissances physiologiques, nous a prouvé plusieurs fois que ces sortes d'épanchements pouvaient devenir assez considérables pour influer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et sur celle de son enfant ».

Mme Lachapelle ne crut pas à la possibilité de ce décollement en cas d'insertion normale du placenta. Le fait fut de nouveau signalé par Baudelocque neveu, admis par Jacquemier. Mais il était encore nié par Stoltz en 1878, malgré les 23 cas réunis par Braxton Hicks en 1869, les 106 observations fournies par Goodel en 1869, les travaux de Pilat (1874) et Brunton (1875).

Aujourd'hui la réalité de cet accident n'est plus discutable depuis les trois observations fournies par Winter, l'une d'elles avec pièces anatomiques des plus démonstratives, depuis enfin que j'ai publié avec mon maître le professeur Pinard la reproduction d'une coupe d'utérus gravide atteint de cet accident. Mme Henry en a rapporté plusieurs cas dans les *Annales de gynécologie* (1891), et M. Pinard a fait sur ce sujet une leçon clinique encore inédite. La question vient d'être récemment étudiée dans la thèse de M. le Dr Rousseau-Dumarcet (1), thèse inspirée par M. Pinard et faite sous ma direction.

(1) Thèse, Paris, 1892.

I

L'observation suivante, publiée par Winter en 1889, démontra pour la première fois dans la coupe de l'utérus qui l'accompagne, le décollement prématuré du placenta.

Observation I.

Le 21 février 1881 à 5 h. 30 du matin est apportée à la clinique une primipare de 27 ans, éclamptique. Cette femme a eu ses dernières règles le 15 juillet 1880; elle a une bonne santé habituelle. Il y a deux jours elle a ressenti des troubles de la vue, puis elle a eu de la céphalée et des nausées. Vingt-quatre heures après ces prodromes sont survenus des accès éclamptiques qui se sont reproduits plusieurs fois.

La patiente a un peu d'œdème des membres inférieurs, du visage et des paupières. L'urine est peu abondante, brune, très riche en albumine.

L'abdomen est régulièrement développé; le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les bruits du cœur s'entendent à gauche de la ligne blanche, au nombre de 128 par minute.

Au toucher on trouve le col conservé sur une longueur de un centimètre. L'orifice externe et tout le canal cervical sont perméables au doigt.

La poche des eaux est encore intacte; on y sent une partie qu'il est difficile de reconnaître par l'examen fait avec ménagement. De temps en temps, par le palper on sent nettement des contractions; la malade est sans connaissance et ne réagit à aucune excitation.

Dans la clinique, elle eut encore trois accès; on la soumit à l'influence continue des narcotiques pendant dix heures.

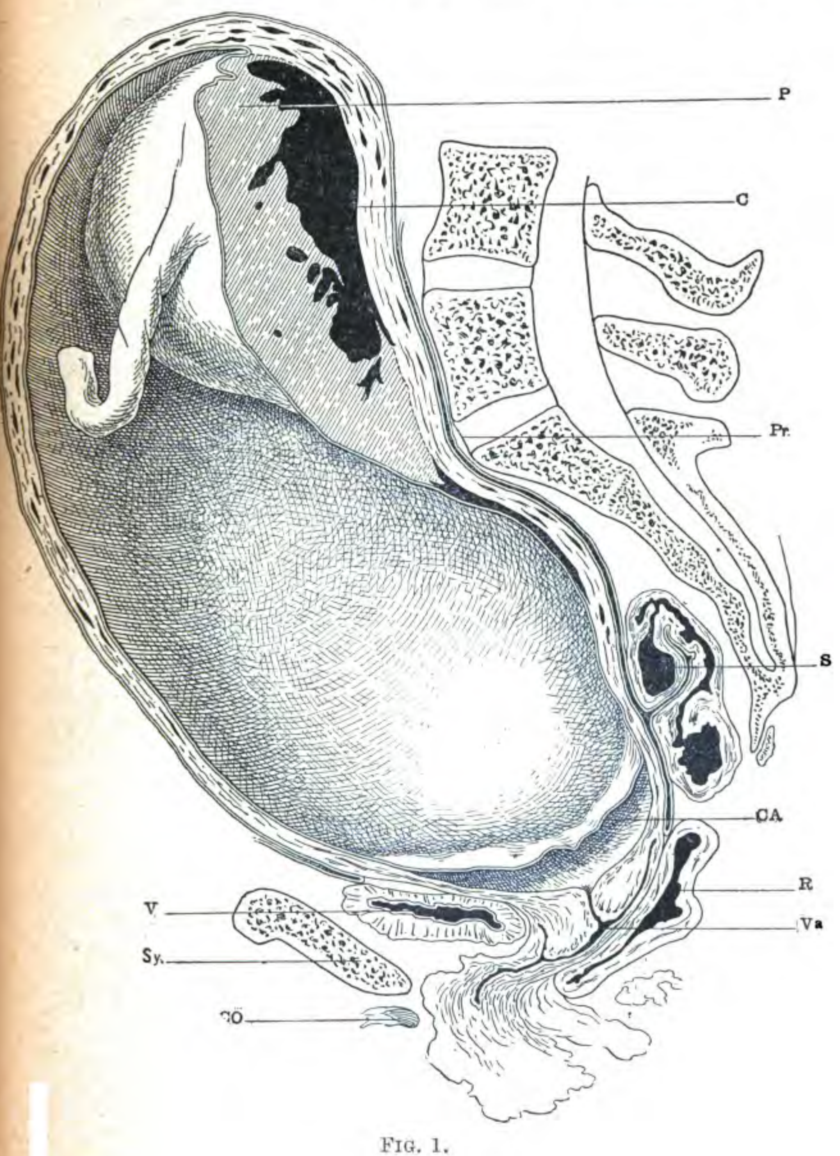


FIG. 1.

Aucun accès ne s'étant reproduit, on cesse et la connaissance paraît revenir un peu ; la patiente répond, demande à boire, urine spontanément et dort ensuite tranquillement avec un pouls régulier battant 70 fois par minute ; elle a en somme l'apparence d'une convalescente d'éclampsie.

Pendant ce temps des contractions faibles se produisent, l'accouchement n'avance pas sensiblement.

Subitement à 7 heures du matin, la respiration s'arrête pendant que le pouls reste encore bon ; mais bientôt ce dernier devient plus faible et sans qu'une nouvelle respiration spontanée survienne, la patiente meurt, et cela dix minutes après le début des accidents.

En examinant la figure qui représente la coupe de Winter on peut noter les détails suivants :

Dans la partie inférieure de l'utérus apparaît à travers les membranes et au-dessous d'elles, une mince couche X formée de sang coagulé, qui dans la coupe apparaît comme un caillot sanguin plat entre les membranes et la paroi utérine. Ce sang vient du placenta P et a séparé les membranes de la paroi dans une étendue d'environ 6 centimètres.

Le placenta P occupe la paroi postérieure et empiète dans la moitié droite ; il est fortement repoussé en bosse dans la cavité utérine, principalement au voisinage de l'insertion du cordon ; dans les parties latérales de la moitié droite de l'utérus il est poussé jusqu'au contact avec la paroi antérieure. Au dehors, l'utérus en cet endroit n'est pas repoussé et a conservé ses contours normaux.

Le placenta est, dans la plus grande partie, séparé de la paroi utérine par une hémorrhagie C ; à la périphérie supérieure il est décollé presque jusqu'au reploiement des membranes, tandis qu'en bas 4 centimètres environ adhèrent

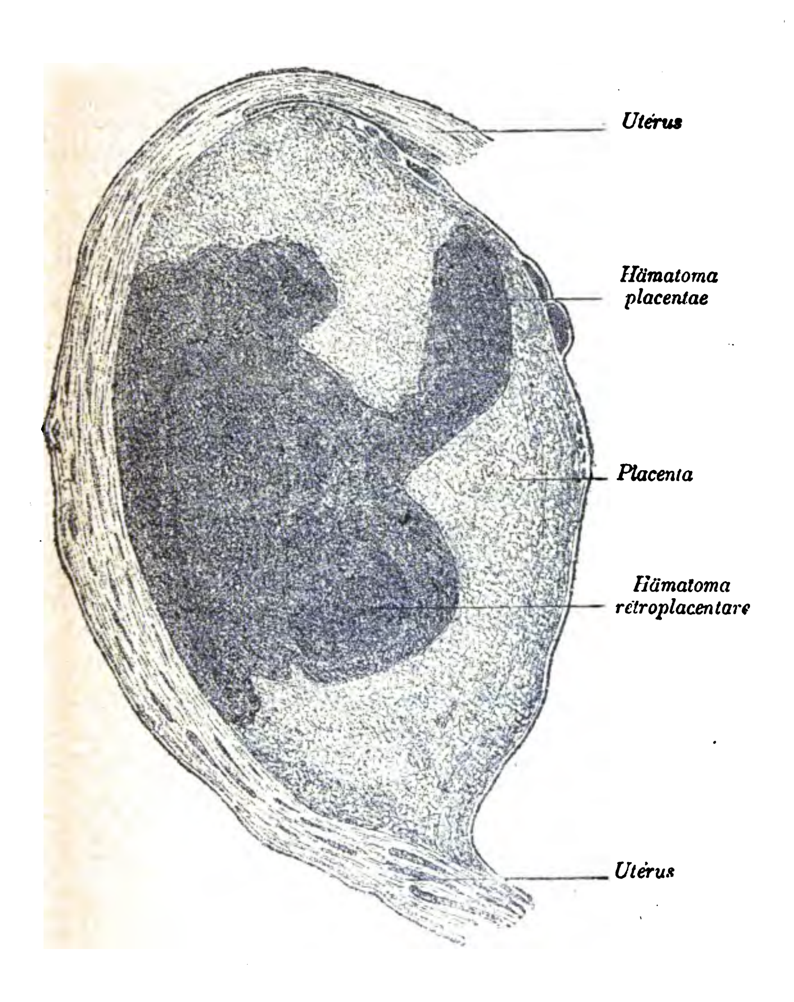

Utérus
Hämatoma placentae
Placenta
Hämatoma retroplacentare
Utérus

FIG. 2.

encore à la paroi utérine. La surface utérine du placenta est devenue, par suite du sang qui y est attaché, une surface un peu inégale.

La coupe du placenta est presque exactement centrale. Pour étudier l'extension de l'hématome rétro-placentaire, j'ai fait à cette place plusieurs coupes parallèles et horizontales. De leur examen il résulte que dans le plan de la coupe médiane qui passe près du bord gauche du placenta, la plus grande partie du placenta est décollée et que 3 centimètres seulement en bas adhèrent à la paroi utérine.

L'hématome a à cet endroit une forme étendue en long. Vers le milieu du placenta il prend une forme plus ronde et devient juste central. Dans le voisinage de l'insertion placentaire où le placenta est le plus bombé, il y a en haut et en bas également, un grand circuit du placenta encore adhérent, tandis que l'hématome qui est central mesure là 4 centimètres d'épaisseur, et 5 centimètres de long. Un peu plus loin vers la moitié droite, s'avance vers le tissu placentaire lui-même un rameau de l'hématome qui atteint presque la face fœtale du placenta : c'est là que l'hémorrhagie, a son plus grand développement.

L'hémorrhagie, à la périphérie droite du placenta et en haut, arrive immédiatement au bord ; plus loin, par en bas, le bord du placenta est encore adhérent. Le débordement sanguin sous les membranes doit venir de la périphérie droite car là seulement l'épanchement sanguin décolle le bord du placenta.

En résumé, ainsi que le montre bien cette coupe, il s'est produit une hémorrhagie en arrière du placenta, qui a décollé cet organe de son centre vers ses bords et a commencé à décoller les membranes. L'hémorrhagie a été

interne seulement, mais si ce décollement des membranes se fût propagé, l'hémorrhagie eût été à la fois interne et externe. Mais il est des cas où le décollement au lieu de débuter par la partie centrale débute par la partie marginale, et ici encore l'hémorrhagie peut être interne et externe, ou bien interne seulement.

Inversement un décollement parti du centre du placenta peut ne pas être suivi d'hémorrhagie interne considérable, et donner lieu à une hémorrhagie externe seulement.

Ces hémorrhagies laissent des traces sur le placenta, les parties décollées sont aplaties, tassées par les caillots, et le diagnostic rétrospectif de la lésion peut être fait. La plupart du temps on rencontre aussi sur ces placentas, les lésions du placenta albuminurique, le placenta truffé d'infarctus blancs, de foyers hémorrhagiques anciens ou récents, dont l'un d'eux est quelquefois d'une façon évidente le point de départ de l'hémorrhagie.

II

Le diagnostic de la cause de cet accident n'est peut-être pas toujours facile à établir, mais il doit l'être le plus souvent, car, ainsi que l'enseigne M. Pinard depuis longtemps, ainsi qu'il l'a formulé dans une de ses récentes cliniques, c'est le plus souvent l'albuminurie de la mère, par les foyers hémorrhagiques qu'elle entraîne si fréquemment dans le placenta, qui est la cause la plus habituelle

du décollement prématuré du placenta. C'est ce qui ressort de l'étude des cas réunis dans la thèse de M. Rousseau Dumarcet, où sur 13 observations 11 d'entre elles ont trait à des femmes profondément albuminuriques avec ou sans éclampsie, avec ou sans antécédents de néphrite.

Sur la coupe de Winter (fig. 2) le rameau de l'hématome intra-placentaire qu'on voit s'avancer jusqu'à la face fœtale du placenta montre bien qu'avant d'être rétro-placentaire, l'hémorrhagie a été d'abord intra-placentaire. Si en effet un foyer hémorrhagique développé dans l'intérieur du placenta, à la faveur de ces altérations de la caduque accompagnant très souvent l'albuminurie de la mère, gagne la surface utérine du placenta, il produira un premier décollement qui à son tour sera suivi d'une nouvelle hémorrhagie. L'accumulation du sang entraîne le décollement de proche en proche et la rupture des vaisseaux utéro-placentaires ; ce décollement peut s'arrêter sur les bords du placenta, mais peut aussi dépasser ces bords, décoller les membranes pour se faire jour au dehors. Ainsi s'expliquent ces diverses formes d'hémorrhagies internes, externes, ou mixtes, c'est-à-dire à la fois internes et externes.

Il est une deuxième cause de décollement prématuré du placenta normalement inséré, beaucoup moins fréquente, c'est la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. Cette cause était déjà signalée par Mauriceau. Dans son *Traité des maladies des femmes grosses*, il dit : « J'ai souvent remarqué que la longueur du cordon de l'ombilic, étant

beaucoup raccourcie par plusieurs contours qui environnent quelquefois le col de l'enfant, fait pour lors que l'enfant, qui est ainsi bridé par ce cordon, ne peut presque se remuer qu'il ne tiraille l'arrière-faix où il est attaché et n'en fasse en même temps un détachement d'avec la matrice, qui cause aussitôt une perte de sang d'autant plus grande et dangeureuse que ce détachemeut est grand ».

Depuis, personne, si ce n'est Jacquemier pour la nier, n'a invoqué cette cause de décollement prématuré du placenta. Il s'en est présenté dans le service de M. Pinard deux exemples probants dont l'un avec planche à l'appui et il suffit de lire les deux observations suivantes, pour se convaincre de la réalité et de l'importance de cette cause de décollement du placenta.

OBSERVATION 2. — *Décollement du placenta par brièveté accidentelle du cordon.* (M. PINARD, *leçon* du 20 novembre 1891 *à la Clinique Baudelocque.*)

La nommée X..., grande multipare, fut apportée le 9 mai 1884 à l'hôpital Lariboisière. Cette femme en était à sa onzième grossesse et à 8 mois 1/2 de cette dernière grossesse. Elle avait toujours été bien portante jusqu'à ce jour. En ramassant de l'herbe, à Aubervilliers, elle fut prise tout à coup d'une grande douleur de ventre et perdit du sang. On la transporta à l'hôpital Bichat, puis de là chez une sage-femme, et enfin à l'hôpital Lariboisière où elle arriva exsangue.

On fit tout d'abord le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et en l'absence de M. Pinard on pratiqua le tamponnement, mais malgré les soins qui lui furent donnés, cette femme mourut 12 heures après.

En pratiquant l'autopsie on trouva l'œuf intact et décollé de toutes parts. L'ouverture pratiquée dans l'œuf permit de voir que *le cordon ombilical faisait un nœud autour du pied de l'enfant.*

Cette observation ne laisse pas de doute sur la façon dont s'est produit le décollement. Le fœtus dans ses mouvements actifs avait exercé des tiraillements sur le cordon, et il s'en était suivi une hémorrhagie ayant amené sa mort et celle de sa mère.

OBSERVATION 3. — *Décollement du placenta normalement inséré par brièveté accidentelle du cordon.* (PINARD et VARNIER. *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique.* Paris, 1892.)

Au mois de mai 1890, M. le Dr Ribemont-Dessaignes fit apporter à la clinique Baudelocque l'utérus d'une multipare qui, prise brusquement au 8e mois de sa grossesse d'une hémorrhagie formidable, fut amenée exsangue à la maternité de l'hôpital Beaujon. Le fœtus était mort à l'arrrivée de la femme ; on fit le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et le col paraissant commencer à se dilater, on rompit les membranes et l'on pratiqua le tamponnement. La femme succomba quelques instant après.

L'utérus dont l'aspect extérieur ne présentait rien d'anormal fut mis à congeler pendant 24 heures, puis scié suivant son plan médiane antéro-postérieur.

La planche jointe à notre observation représente la moitié droite de la coupe.

La hauteur maxima de l'utérus, sectionné en bas, à un centimètre à gauche du canal cervical, qui mesure 3 cent. 5 de l'orifice interne à l'externe, est de 23 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur maximum, à peu près au niveau de sa partie moyenne, est de 11 cent. 5. Le fœtus, dont le dos

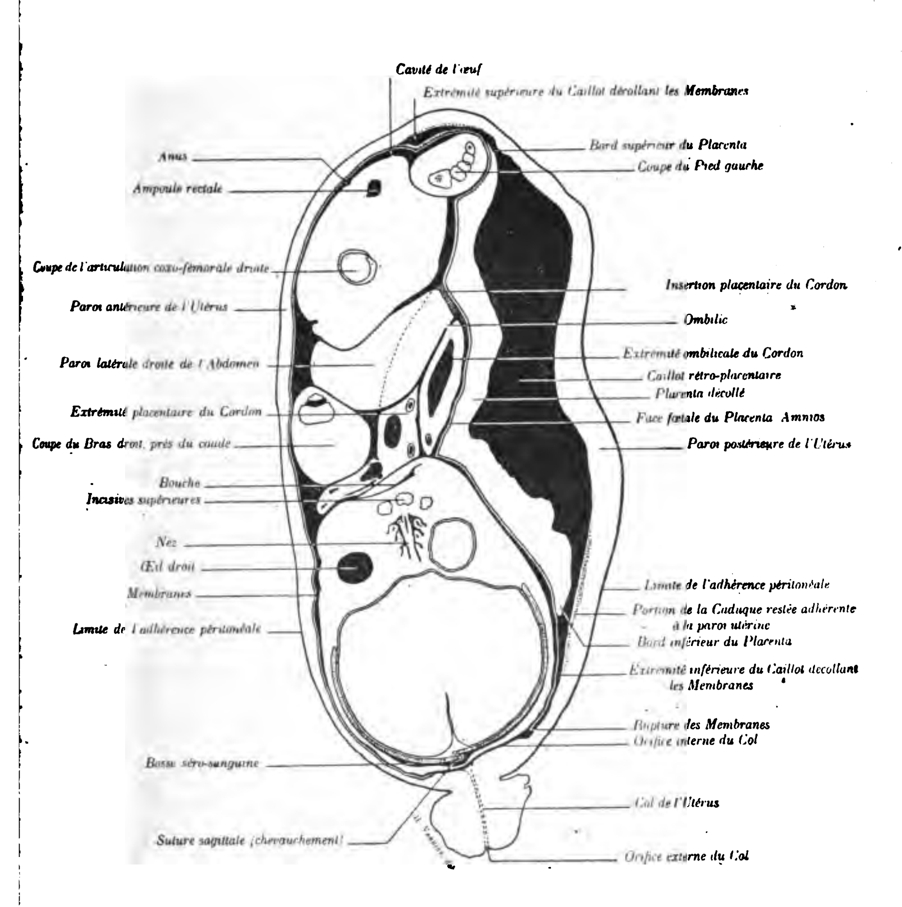


FIG. 3.
(Figure réduite à 11 c. de hauteur.)

regarde à gauche, a été intéressé par la coupe de la façon suivante : la tête est coupée un peu obliquement d'un côté à l'autre, de telle sorte qu'en arrière (par rapport à l'utérus supposé en place) la section est un peu plus rapprochée de l'occiput qu'en avant (2 cent. 3 en avant du tragus gauche ; 3 centimètres en avant du tragus droit) ; elle va dans le sens vertical, de la bouche à la partie moyenne de la suture sagittale à 5 centimètres en avant de la fontanelle postérieure ; on voit sur la coupe, la cavité buccale, les incisives supérieures, la cloison nasale ; l'œil droit a été tranché par le milieu, tandis que la scie a passé en arrière de l'œil gauche.

De bas en haut, la coupe intéresse ensuite le bras droit, la paroi antéro-latérale droite de l'abdomen, l'articulation coxo-fémorale droite, l'ampoule rectale, l'anus et le pied gauche. Les différentes parties fœtales sont tassées au maximum les unes contre les autres et contre la paroi utérine (segment inférieur presque en totalité et paroi antérieure).

Ce tassement est tel que le pied gauche se creuse une profonde niche dans la fesse à laquelle il est appliqué et qu'il ne reste presque pas d'espace libre, soit entre les segments du fœtus, soit entre le fœtus et la paroi. En particulier, la tête s'applique étroitement contre la paroi du segment inférieur, bouchant exactement toute communication entre la cavité utérine et l'extérieur.

Le tassement du fœtus contre la paroi antérieure est porté au point que, sur la coupe, il n'occupe que 5 centimètres environ sur les 9 centimètres de cavité utérine, soit un peu plus de la moitié antérieure. Tout le reste est rempli, sauf au niveau du segment inférieur, par le placenta décollé et un énorme hématome rétro-placentaire. Le placenta qui était inséré sur la paroi postérieure jusqu'à environ 6 centimètres de l'orifice interne est en totalité, sur la coupe antér(postérieure, séparé de sa zone d'insertion. Ses deux extr(

mités se terminent en pointe pour se continuer avec les membranes qui tapissaient, d'une part la paroi antéro-supérieure jusqu'au voisinage de l'orifice interne et qui sont, elles aussi, décollées, comme nous allons le dire dans un instant.

Ce placenta mesure de son bord supérieur à l'inférieur 16 cent. 4 ; son épaisseur oscille entre 1 cent. 8 et 8 millimètres ; par sa face fœtale il se moule exactement sur le contour sinueux du fœtus auquel il est étroitement appliqué ; par sa face utérine, irrégulièrement découpée, il se moule sur un caillot qui le sépare de son ancienne zone d'insertion et qui, épais à son centre où il atteint jusqu'à 3 cent. 6 (minimum 2 centimètres), s'effile en pointe vers les bords supérieurs et inférieurs du placenta.

Il ne s'arrête pas au niveau du bord supérieur ; là il se prolonge encore entre la paroi utérine et les membranes décollées, jusqu'à près de 3 centimètres plus loin, où il est arrêté par l'adhérence des membranes à la paroi antérieure, adhérence qui, de ce côté, se maintient jusqu'à 1 cent. 5 de l'orifice interne du col où se trouve la lèvre antérieure de l'orifice membraneux.

Au niveau du bord inférieur, le caillot se prolonge en pointe jusque dans le canal cervical, décollant les membranes jusques et y compris le rebord postérieur de l'orifice de rupture, s'insinuant ensuite entre la tête fœtale et la paroi du segment inférieur. C'est la voie qu'a suivie le sang pour s'écouler au dehors avant la rupture des membranes. Il n'y a pas de sang dans la cavité de l'œuf. Entre le caillot et la paroi musculaire postérieure de l'uterus on voit très nettement à la loupe, la portion non caduque de la muqueuse utérine. L'hémorrhagie s'est donc faite au niveau de la ligne de clivage inter-utéro-placentaire.

L'épaisseur de la paroi utérine atteint son maximum au niveau de la zone d'insertion placentaire, où elle oscille entre

8 millimètres, 1 centimètre et 1 cent. 2 sur la partie moyenne de la face postérieure, au centre de cette zone ; elle va ensuite en diminuant un peu, à mesure qu'on approche, soit de l'orifice interne, soit du fond où elle n'a plus que 5 millimètres. Puis sur toute la partie supérieure de la paroi antérieure, là où elle subit le maximum de pression fœtale, elle tombe à 4 millimètres pour atteindre son minimum 3 millimètres au niveau du segment inférieur distendu par l'extrémité céphalique.

Reste à parler de la disposition du cordon. La coupe a porté à la fois, fort heureusement pour l'intelligence de la pièce, sur l'insertion placentaire et sur l'insertion ombilicale du cordon dont elle a sectionné en long 4 cent. 7 du bout ombilical et 5 cent. 5 du bout placentaire dont 4 cent. 2 se dérobent derrière la paroi droite de l'abdomen pour aboutir au placenta. Or l'ombilic du fœtus et l'insertion placentaire du cordon sont étroitement accolés l'un à l'autre et la seule constatation de ce fait permet de soupçonner la cause du décollement, la brièveté du cordon qui démontre la dissection de la moitié gauche de la coupe. Dans une série d'autres coupes, nous avons pu voir le cordon enserrant étroitement la nuque du fœtus, de telle sorte qu'il était impossible de le faire passer par-dessus les épaules. La longueur de cette boucle était de 21 cent. et la longueur du cordon de 35 centimètres. Ajoutons que c'est là le premier document anatomique figuré qui démontre d'une façon évidente le décollement prématuré total par suite de la brièveté du cordon, le placenta étant normalement inséré.

III

Les difficultés que présente le diagnostic de cet accident, lorsque l'hémorrhagie est seulement interne, explique

pourquoi il a été pendant si longtemps méconnu. Il a été confondu avec les accidents dus à l'insertion vicieuse du placenta, quand l'hémorrhagie a été externe.

Pourtant, ainsi que l'a bien établi M. Pinard dans une leçon clinique encore inédite, cet accident se présente avec un ensemble de symptômes qui lui donne une physionomie spéciale.

Nous distinguerons deux cas : ou bien l'hémorrhagie arrive *jusqu'à l'extérieur,* ou bien elle est seulement *interne.*

Dans le premier cas cette *hémorrhagie* survient généralement dans les derniers mois de la grossesse, et d'une façon *brusque,* elle est le plus souvent très *abondante.*

L'*utérus* est d'une *dureté* extrême, *ligneuse,* il est impossible de procéder au palper, et cette dureté est continue sans intermittence comme celle qui accompagne les contractions utérines. M. Pinard attache une très grande importance à ce symptôme, qui se rencontre d'une façon presque constante, et manque complètement dans les accidents dus à l'insertion vicieuse du placenta.

Si l'on pratique le toucher on constate que *les membranes sont constamment tendues,* et l'on n'atteint aucune partie du placenta.

Enfin, comme nous l'avons dit plus haut, la plupart du temps la femme est *albuminurique.*

L'observation suivante réunit bien l'ensemble des signes que nous venons d'indiquer :

OBSERVATION 4. — *Femme albuminurique. Décollement prématuré du placenta. Hémorrhagie rétro-placentaire* (recueillie à la clinique Baudelocque).

La nommée P..., âgée de 32 ans, passementière, est entrée à la clinique Baudelocque le 23 février 1892, à 9 heures du soir.

Elle a eu déjà six grossesses ; la deuxième seule a amené un enfant vivant et à terme. Dans les 5 autres elle a mis au monde, avant terme, des enfants morts et macérés.

Les dernières règles ont eu lieu du 12 au 20 septembre 1891.

Vers une heure de l'après-midi, cette femme en allant à la garde-robe, a ressenti une vive douleur et a perdu une quantité de sang assez grande, dit-elle, mais elle ne peut l'évaluer. Depuis ce moment jusqu'à 9 heures du soir l'hémorrhagie a continué abondante; c'est alors qu'elle se fait transporter à la clinique Baudelocque ; on lui fait des injections très chaudes et l'hémorrhagie s'arrête.

Cette femme n'a pas d'œdèmes, mais les urines contiennent une assez grande quantité d'albumine. L'utérus offre une consistance ligneuse.

Le 24 février à 10 h. 20 du matin, M. Pinard constate : que le col est effacé, l'orifice admet l'extrémité de l'index ; la poche des eaux est tendue constamment. M. Pinard d'après les renseignements qui lui sont fournis et après l'examen de cette femme porte le diagnostic d'hémorrhagie rétro-placentaire.

A 3 heures du soir, la femme perdant un peu de sang, M. Lepage rompt les membranes ; le liquide amniotique est en petite quantité ; il est fortement teinté de sang. Les douleurs deviennent de plus en plus fréquentes, et à 3 h. 25 le fœtus est expulsé mort. Il pèse 520 grammes.

Quinze minutes après l'expulsion du fœtus, deux violente

contractions utérines ont chassé un énorme caillot. On fait un peu d'expression utérine ; il sort une grande quantité de caillots et immédiatements après le placenta. Tous ces caillots pèsent environ 560 grammes.

Le placenta présente dans son épaisseur des foyers hémorrhagiques ; l'un d'eux atteint la face utérine du placenta par un orifice facilement visible.

Après l'accouchement l'albumine a rapidement diminué chez cette femme, et le 1er mars ses urines n'en présentaient plus traces.

Comme symptômes moins constants on a noté une augmentation brusque du volume, se produisant sous les yeux de l'observateur, ainsi que l'a rapporté Winter dans une de ses observations, mais le plus souvent c'est une disproportion entre le volume de l'abdomen et l'époque de la grossesse, qui attire l'attention. Les phénomènes généraux sont ceux de toutes les hémorrhagies graves : facies décoloré, syncopes, pouls à peine perceptible et très fréquent, hypothermie. Mais ces derniers phénomènes généraux sont encore plus frappants et déconcertent bien plus, lorsque l'hémorrhagie externe est insignifiante ou nulle, lorsque l'on a affaire à *une hémorrhagie interne*. Ici encore nous trouvons les mêmes symptômes : dureté ligneuse de l'utérus, tension des membranes, etc., comme dans le cas précédent, et malgré l'absence d'hémorrhagie externe le diagnostic peut être fait ainsi que le prouve l'observation suivante :

Observation 5. — *Décollement prématuré du placenta. Femme albuminurique, enfant mort et macéré* (recueillie à la clinique Baudelocque).

La nommée G... est entrée le 1er mars 1892 à la clinique Baudelocque. C'est une multipare ; les deux premières grossesses, accouchements à terme d'enfants vivants ; trois dernières grossesses, trois enfants morts.

Les dernières règles ont eu lieu du 4 au 9 juillet 1891. C'est donc une grossesse de six mois et 1/2 environ.

Cette femme offre un œdème considérable des membres inférieurs. Elle a eu des épistaxis pendant les derniers mois de sa grossesse.

L'urine contient 4 grammes d'albumine par litre. Cette femme est entrée à la clinique parce qu'elle éprouvait de vives douleurs dans l'abdomen ; elle ne perd pas et n'a pas perdu de sang ; elle accuse une grande sensibilité du ventre quand on essaie de la palper.

Ce palper ne donne aucun résultat car l'utérus est d'une consistance ligneuse : à l'auscultation on n'entend aucun bruit du cœur fœtal.

Au toucher le segment inférieur a une consistance ligneuse ; le col est long et dur ; on ne sent aucune partie fœtale. En introduisant le bout du doigt dans le col on sent les membranes extrêmement tendues.

Mlle Roze pense à une hémorrhagie rétro-placentaire bien que la femme ne perde pas de sang.

Cette femme est soumise au régime lacté.

Le 2 mars, la consistance ligneuse de l'utérus si appréciable la veille a en partie disparu ; la parturiente ne perd pas de sang ; la température est bonne et le pouls normal.

M. Pinard examine la femme et diagnostique un décollement prématuré du placenta.

Le travail marche lentement.

Sous l'influence du régime lacté, le 3 mars l'albumine n'est plus que de 0 gr. 75 centigrammes par litre.

L'enfant se présente par l'épaule. Le 4 mars à 8 h. 1/2 du matin, la dilatation étant complète les membranes se rompent spontanément ; il sort un liquide amniotique brun. L'enfant étant mort M. Pinard pratique l'embryotomie à l'aide des ciseaux de Dubois. L'enfant pèse 2300 gr., il est macéré. Quinze minutes après le placenta est expulsé spontanément, il pèse 450 grammes ; derrière lui sort une masse de caillots anciens pesant 550 *grammes*.

Sur un des bords du placenta, à l'endroit où a eu lieu l'hémorrhagie, *il existe une forte dépression* et dans l'épaisseur du placenta on trouve de nombreux foyers hémorrhagiques récents et quelques-uns anciens.

Sur la face utérine, outre la dépression produite par l'hémorrhagie rétro-placentaire on aperçoit 3 ou 4 orifices cratériformes à bords coupés comme à l'emporte-pièce et qui conduisent dans de gros et petits foyers hémorrhagiques récents.

IV

Comment combattre ces hémorrhagies? Le traitement sera prophylactique ou curatif.

Le traitement prophylactique s'adressera à l'albuminurie qu'il faudra découvrir de bonne heure pendant la grossesse, et combattre par le régime lacté. Nous avons vu en effet que d'après l'étude des cas réunis par le Dr Rousseau-Dumarcet, suivant les opinions émises par M. Pinard, l'albuminurie, par les lésions placentaires qui l'accompagnent, est la cause la plus fréquente des hémorrhagies rétro-

placentaires. Une fois les accidents déclarés, l'hémorrhagie reconnue externe ou interne ou mixte, on pourra administrer des injections très chaudes, pour avoir le temps de prendre d'autres mesures, mais sans compter beaucoup sur ce moyen dans ce cas particulier. La thérapeutique suivie dans le service de M. Pinard a eu pour but de terminer l'accouchement le plus promptement possible à l'aide de la dilatation produite par le ballon de M. Champetier de Ribes, précédée si cela a été nécessaire de l'introduction d'un ballon excitateur de Tarnier. On n'a jamais eu recours au tamponnement, moyen infidèle et dangereux, ici comme dans beaucoup d'autres circonstances. La formule est donc en pareil cas : *terminer l'accouchement le plus vite possible, et faire la délivrance.* Il est inutile de rappeler les indications générales que comporte l'anémie consécutive à ces violentes hémorrhagies. Malgré l'emploi rapide de ces différents moyens, on reste souvent impuissant devant l'abondance de l'hémorrhagie, et le décollement prématuré du placenta doit être considéré comme un des plus graves accidents de la grossesse. Qu'il suffise de rappeler pour cela les chiffres rassemblés par Goodel, avant la méthode antiseptique, il faut le reconnaître, mais qui n'en sont pas moins excessifs : sur 106 observations, 100 enfants morts, 55 mères mortes. Les chiffres plus récents donnés par le Dr Rousseau-Dumarcet sont encore l'indice d'une mortalité énorme : sur 13 observations, 5 fois la mère a succombé et tous les enfants sont morts.

Le décollement dû à la brièveté du cordon est particu-

lièrement grave par sa soudaineté et l'intensité de l'hémorrhagie, puisque dans les deux cas où cet accident a pu être observé, mère et enfant sont morts.

H. VARNIER.

DIMENSIONS DE L'ESTOMAC CHEZ LES ENFANTS MALADES

Les renseignements que nous fournissent les livres de pædiatrie et d'anatomie sur les dimensions que peut présenter l'estomac de l'enfant suivant l'âge et le genre de maladie sont à peu près nuls.

Je ne trouve guère à citer que les chiffres suivants :

Fleischmann (1), dit que l'estomac de l'enfant a une capacité de

46 c. c.	pendant la première semaine.	
72 à 82	—	seconde.
80 à 92	—	3e et la 4e.
140	au troisième mois.	
260	au cinquième.	
375	au neuvième.	

Suivant le même auteur le rapport entre le poids d'eau nécessaire pour emplir l'estomac et le poids du corps est

$\frac{1}{50}$ à $\frac{1}{60}$ à la naissance.

$\frac{1}{40}$ à un mois.

$\frac{1}{23}$ chez l'adulte.

(1) Uber Ernahrung und Körpererwägung des Neugeboren und Säuglinge 887.

D'après Beneke (1), la capacité de l'estomac est de

40 c. c. le 1er jour de la vie.
160 le 4e.
740 à 2 ans.

Désireux de connaître surtout les modifications que les maladies générales et les affections du tube digestif peuvent apporter à la capacité des estomacs d'enfants, j'ai appliqué à la mensuration de 41 estomacs d'enfants de 1 mois à 15 ans, ayant succombé à l'hôpital des Enfants-Malades, la méthode qui m'avait servi à établir en 1886 la capacité moyenne de l'estomac des adultes.

Nous lions l'estomac au niveau du pylore. Nous le plaçons dans une cuvette ou un cristallisoir vide, assez grand pour permettre l'ampliation complète de l'estomac sans que ses parois rencontrent celles du vase.

Puis nous introduisons dans le cardia l'extrémité d'un entonnoir en verre largement évasé, c'est-à-dire à parois très inclinées, et nous serrons l'orifice du cardia autour de l'extrémité de l'entonnoir soit avec les doigts de la main gauche, ou mieux avec un lien élastique.

Nous prenons ensuite une éprouvette graduée en centimètres cubes et pleine d'eau, dont nous versons le contenu *presque goutte à goutte*, en tout cas *très lentement, le long des parois inclinées* de l'entonnoir, en surveillant le mouvement d'ampliation de la poche gastrique.

Nous continuons ainsi jusqu'à ce que l'estomac soit plein, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'eau affleure au niveau

(1) *Deutsche medic. Wochensch.*, 1880.

du cardia. Nous lisons alors sur l'éprouvette le nombre de centimètres cubes d'eau versés, et ce chiffre nous paraît représenter assez exactement la capacité gastrique.

Une fois que le niveau de l'eau versée dans l'estomac est venu affleurer le cardia, si l'on continue à en verser dans l'entonnoir avec la lenteur que nous avons indiquée, il n'en pénètre plus une goutte dans l'estomac, et l'on voit le niveau s'élever dans l'entonnoir. On n'a donc pas à redouter de se tromper sur la capacité de l'estomac en exagérant l'ampliation de ses parois.

Quand même il serait impossible d'arriver par ce procédé à une appréciation mathématiquement exacte de la capacité gastrique, peu importe, puisqu'il nous suffit de nous être mis dans des conditions constammeut identiques pour avoir le droit de comparer les chiffres obtenus.

Nous pouvons dire en tout cas que notre procédé par l'introduction d'eau sans pression est infiniment supérieur à tous les procédés d'insufflation ; car c'est à ceux-ci qu'on peut appliquer légitimement le reproche de surdistendre l'estomac presque indéfiniment, et surtout d'une façon toujours variable, suivant l'énergie de l'insufflateur. C'est par ce procédé d'insufflation, le plus détestable de tous ceux qui ont été proposés pour évaluer la capacité gastrique, que, dans les amphithéâtres d'anatomie, on arrive à obtenir de véritables outres avec des estomacs qui n'étaient pas dilatés du vivant des sujets.

AGE DE L'ENFANT	CAPACITÉ DE L'ESTOMAC		MALADIE A LAQUELLE L'ENFANT A SUCCOMBÉ
	dans l'eau	dans l'air	
	cent. c.	cent. c.	
18 jours.........	80	85	*Tuberculose* ganglionnaire et pulmonaire. Estomac visible à l'ouverture du ventre, aspect en besace, pas de plis mamelonnés de la muqueuse qui présente quelques taches ecchymotiques et des érosions punctiformes.
1 mois...........	50	62	Athrepsie, estomac presque vertical, recouvert complètement par le foie et le côlon.
1 mois...........	120	......	Gastro-entérite, broncho-pneumonie.
1 mois 1/2.......	......	70	Athrepsie et *tuberculose* ganglionnaire du médiastin.
3 mois...........	180	215	*Tuberculose* miliaire diffuse.
4 mois...........	95	108	Cyanose. Enfant vigoureux.
4 mois...........	......	120	Broncho-pneumonie, pas de lésions apparentes de la muqueuse gastrique.
4 mois...........	170	210	Syphilis héréditaire. Estomac saillant passant au-devant du côlon.
5 mois...........	130	......	Diphtérie, croup.
6 mois...........	100	......	Méningite *tuberculeuse*. Estomac contracté.
6 mois...........	150	......	Diphtérie.
7 mois...........	80	82	Eclampsie. Estomac contracté.
7 mois...........	160	......	Broncho-pneumonie rubéolique.
11 mois..........	275	330	Entérite. Broncho-pneumonie.
1 an.............	440	......	*Rachitisme*, *tuberculose*, diarrhée cholériforme.
13 mois..........	250	......	Croup.
16 mois..........	300	320	Broncho-pneumonie. Pas de déformations rachitiques, ecchymoses et congestion de la muqueuse.
18 mois..........	280	......	Broncho-pneumonie *tuberculeuse*.
20 mois..........	380	......	Eczéma vaccinal généralisé, accidents infectieux.
20 mois..........	240	......	*Tuberculose* broncho-pneumonique, toux coqueluchoïde.
21 mois..........	300	375	*Tuberculose* diffuse.
2 ans............	200	......	Enfant de petite taille. Broncho-pneumonie rubéolique.
2 ans 2 mois.....	400	......	Idiote, morte d'éclampsie.
3 ans 6 mois.....	500	......	*Tuberculose* pulmonaire et méningée.

AGE DE L'ENFANT	CAPACITÉ DE L'ESTOMAC		MALADIE A LAQUELLE L'ENFANT A SUCCOMBÉ
	dans l'eau	dans l'air	
	cent. c.	cent. c.	
5 ans	95	......	État d'inanition, broncho-pneumonie *tuberculeuse*, enfant mal soigné et misérable ayant mangé voracement jusqu'au moment de sa mort; estomac contracté et bilobé.
5 ans	420	......	Croup.
5 ans	600	660	Néphrite.
6 ans	1.500	......	*Tuberculose* pulmonaire et péritonéale.
6 ans 6 mois	700	......	Cardiaque, asystolie, estomac flasque.
8 ans	465	560	*Tuberculose* pulmonaire.
8 ans	500	......	Diphtérie, *tuberculose* pulmonaire.
8 ans	800	......	Néphrite scarlatineuse, urémie, l'enfant buvait en ville 4 litres de lait par jour depuis plusieurs semaines.
9 ans	460	......	Diphtérie.
9 ans (fille)	600	......	Fièvre typhoïde, perforation intestinale.
9 ans (garçon)	1.160	......	Fièvre typhoïde, myocardite, *tuberculose* pulmonaire.
10 ans	870	......	Diphtérie.
11 ans	1.430	......	*Tuberculose*, pneumothorax, ulcérations intestinales.
12 ans	980	......	*Tuberculose* pulmonaire.
13 ans	1.050	......	*Tuberculose* pulmonaire et méningée. Suffusion sanguine, piqueté hémorragique de la muqueuse.
14 ans	950	......	Diphtérie.
15 ans	1.320	......	*Tuberculose* péritonéale et pulmonaire.

L'analyse des chiffres contenus dans ces tableaux nous permet-elle de dégager quelques réflexions relatives aux modifications que peuvent imprimer certaines maladies à la capacité de l'estomac ?

I

Plusieurs travaux ont été publiés sur ce sujet depuis que M. le professeur Bouchard l'a étudié chez l'adulte et que j'ai défendu la validité de ses conclusions dans ma thèse.

Un professeur distingué de pædiatrie, Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, publiait en 1883 un premier mémoire où il relatait 9 cas de gastrectasie chez des enfants de 15 mois à 13 ans. Comme causes il incriminait l'alimentation vicieuse ayant produit de la gastro-entérite chronique. Il ajoutait que 7 de ces enfants portaient des stigmates de syphilis héréditaire, que 6 avaient des accidents d'impaludisme, 1 était tuberculeux.

Comme traitement, il préconisait le lavage avec le tube Faucher et la faradisation épigastrique.

Il publia un deuxième mémoire dans la *Revue des maladies de l'enfance* en 1885. Moncorvo expose alors que la syphilis héréditaire et l'intoxication malarique qu'il a rencontrées chez la plupart de ses enfants atteints de dilatation, ont dû contribuer beaucoup à engendrer l'atonie et le relâchement des fibres musculaires lisses des parois de leurs estomacs.

Il a constaté presque toujours l'antériorité de la gastro-entérite chez ses dilatés; il admet pourtant que dans quelques cas le ventricule puisse se dilater mécaniquement par une réplétion alimentaire trop fréquente et trop pro-

longée chez des enfants affaiblis par des maladies chroniques quelconques.

Il insiste sur la difficulté de rechercher chez les très jeunes enfants le clapotage gastrique. Il a recours le plus souvent à la recherche de la *gastro-résonance plessimétrique*.

Ce procédé consiste à faire ingérer d'abord 30 à 60 gr. d'une solution d'acide tartrique à 10 0/0 et une même dose d'une solution de bicarbonate de soude à 10 0/0, puis à ausculter la région épigastrique avec un stéthoscope de C. Paul muni d'une caisse de renforcement, pendant qu'on percute excentriquement avec l'index et le médius la région périphérique. Tant qu'on percute dans la zone correspondante à l'estomac, on perçoit une résonance tympanique fort remarquable qui cesse dès qu'on percute les organes voisins.

Moncorvo dit que depuis son premier mémoire il est arrivé à conclure que la dilatation de l'estomac est bien plus fréquente qu'on ne le croit chez l'enfant; il l'a vue *très souvent chez des rachitiques*.

Je signalerai ensuite un bon mémoire de mon collègue et ami J. Comby (*Archiv. de méd.*, août 1884). Les troubles qu'il a observés chez les enfants qui présentaient le clapotage gastrique sous-ombilical sont des accidents dyspeptiques, — des troubles nerveux, convulsions et insomnie, — des manifestations éruptives du côté de la peau (gourmes, urticaire) et du catarrhe des muqueuses, bronchites fréquentes, — enfin et surtout le rachitisme.

Il incrimine aussi comme cause univoque l'alimentation

défectueuse par des aliments grossiers ou les tetées trop fréquentes.

R. Blache (Académie de méd., 1885) étudie aussi la dilatation de l'estomac chez l'enfant. Il l'a trouvée fréquemment plusieurs fois chez des enfants de 12 à 18 mois élevés au biberon et chez des enfants élevés au sein, mais qu'on laisse se gorger de lait ou dont les tetées sont irrégulières. La plupart des dilatés avaient eu de la gastro-entérite prolongée, un était convalescent de fièvre typhoïde, un était tuberculeux.

Parmi les symptômes que Blache attribue à la dilatation de l'estomac, outre les signes de dyspepsie, l'auteur insiste sur les troubles affectant la circulation (palpitations cardiaques), la respiration (dyspnée habituelle), le système nerveux (terreurs nocturnes).

Machon, auteur d'une étude parue en 1887, dans le *Centralblatt f. Kinderheilkunde*, rappelle que l'anatomie de l'estomac de l'enfant nous montre un développement relativement défectueux du grand cul-de-sac, le grand diamètre de l'orifice du cardia, et la position profonde de l'organe dans la cavité abdominale. Ces particularités influent sur la capacité de l'organe, sur sa plénitude et l'extension de sa paroi. La structure histologique révèle un faible développement de la tunique musculeuse, surtout de l'anneau pseudo-valvulaire du pylore. Les glandes à mucus sont plus nombreuses et plus développées que les glandes peptiques. Chez le nouveau-né l'estomac n'est fixe qu'aux deux extrémités, le cardia correspondant à l'extrémité du 10e cartilage

costal, le pylore ne dépassant guère la ligne médiane du corps. Quand l'organe est plein, le pylore est le point le plus déclive et est toujours couvert par le foie ; la moitié supérieure de la petite courbure descend parallèlement au côté gauche de la colonne vertébrale et sa portion inférieure s'étend transversalement au-devant de la face antérieure du rachis. L'angle ainsi formé varie beaucoup suivant les mouvements de l'organe. La dilatation de l'estomac peut être aiguë ou chronique, et le processus chronique peut porter sur la totalité de l'organe ou seulement sur une partie. Il peut y avoir aussi une dilatation fonctionnelle et une autre organique, due à une maladie primitive de la paroi. Parmi les dilatations fonctionnelles la plus importante est celle qui a pour cause une perturbation du système nerveux. Ce peut être une lésion du système nerveux central, par exemple, méningite tuberculeuse ou hypertrophie du cerveau, ou les nerfs de l'estomac lui-même peuvent être altérés. Elle peut aussi être en rapport avec la chlorose, les cachexies, ou le relâchement de la musculature par suite d'un catarrhe chronique. La dilatation secondaire de l'estomac de nature organique se montre rarement chez l'enfant. Le rétrécissement du pylore est toujours le facteur principal, auquel peut s'ajouter une faiblesse congénitale de la musculature. On peut encore rencontrer un développement imparfait de la tunique musculeuse et une nutrition insuffisante dans les premiers mois de la vie. Demme a cité des cas qui étaient attribués à l'habitude de laisser les enfants dans le lit trop long-

temps et au rachitisme, maladie qui prédispose aux désordres digestifs. Les symptômes de la dilatation de l'estomac chez les enfants sont locaux et généraux et semblables à ceux de l'adulte. Le diagnostic peut être fait aisément par l'inspection de l'abdomen, la palpation et l'examen avec la sonde. Le diagnostic par la percussion n'est pas toujours possible. La dilatation fonctionnelle, causée par des désordres nerveux, disparaît habituellement avec la cause primaire. Le pronostic de la dilatation organique primitive dépend aussi du succès avec lequel le trouble fondamental est traité. La prophylaxie serait la principale indication à remplir. La maladie réalisée, il faut recourir aux stomachiques et à la sonde gastrique, recommandée par Epstein. Les courants électriques et les applications froides ne sont indiqués que dans la forme fonctionnelle. Le traitement général doit être très surveillé.

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Juillet 1892

SOMMAIRE :

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

« Prenez un scalpel à pointe mousse, coupez au-dessus du pubis la peau et la graisse, divisez les muscles pyramidaux de haut en bas; la symphyse étant découverte, portez le doigt dans le tissu cellulaire qui est derrière les pubis; coupez hardiment le cartilage intermédiaire; subitement les pubis s'éloignent de plus d'un pouce et le fœtus, poussé par les forces de la nature et celles que peut procurer l'art, viendra au monde sain et sauf au moyen de l'ampliation donnée à tout le bassin. »

C'est en ces simples termes que, le 22 mars 1773, Jean-René Sigault, élève des écoles de chirurgie de Paris, dégageait la formule d'une opération qui, après une éclipse de près d'un siècle, est en train de révolutionner l'obstétrique contemporaine.

Avant d'en étudier les indications, le manuel opératoire et les résultats, voyons-en d'un peu près les origines et le principe.

I

Frappé des résultats déplorables de l'opération césarienne ; s'inspirant des notions acquises sur les changements produits par la grossesse dans les articulations pelviennes, savoir l'accroissement de mobilité des os du bassin et particulièrement des pubis, qui permet pendant l'accouchement un léger agrandissement du cercle osseux, Sigault « pensa que la section de la symphyse des pubis procurerait un écartement plus considérable, capable de rendre possible et même facile la sortie de l'enfant » dans les accouchements contre nature.

Il le fit dire timidement le 1er décembre 1768 à l'Académie de chirurgie par la voix autorisée de Louis qui, dans une séance précédente de la même année, lui avait pour ainsi dire frayé la route en entretenant ses collègues « De l'écartement des os du bassin ».

Dans cette remarquable note, Louis rappelait la démonstration anatomique de la mobilité gravidique des symphyses pelviennes, faite par Jacques d'Amboise en 1579, sur le cadavre d'une femme pendue pour infanticide, dix jours après l'accouchement, et autopsiée à St-Côme :

« Avant que de procéder à la dissection, on souleva la cuisse du cadavre, et l'on s'aperçut très distinctement que de ce côté là l'os pubis surpassait le niveau de l'au-

tre, au moins d'un demi-pouce : il y avait un travers de doigt d'intervalle d'un os pubis à l'autre ; les divers mouvements qu'on fit faire à ces parties, prouvèrent au doigt et à l'œil de tous les spectateurs que les synchondroses qui unissent les os des îles avec l'os sacrum, étaient beaucoup plus lâches que dans l'état naturel. Tous sortirent, pénétrés d'admiration et couvaincus du fait », auquel le témoignage d'Ambroise Paré et de son élève Séverin Pineau donnèrent un universel retentissement. A cette observation célèbre, Louis ajoutait celles de Guillemeau, de Fabrice de Hilden, de Riolan, d'Harvey, de Morgagni, de Scultet, de Bertin, de Santorini, appuyant ainsi de faits cliniques et anatomiques indiscutables, la solidité du principe dont s'était inspiré Sigault qui, pour plus de garantie, priait qu'on sollicitât du roi, l'autorisation de l'expérience sur une criminelle. »

Repoussée au pied levé par l'Académie, la proposition de Sigault enthousiasma Camper qui expérimenta la symphyséotomie sur des animaux, pour s'assurer de la consolidation des os après la section de la symphyse. « Sur une truie qui venait de mettre bas il fendit les deux pubis ; l'animal put marcher et allaiter ses petits; au bout de quinze jours les os étaient parfaitement réunis. »

Ainsi encouragé par Louis et par Camper, Sigault continua ses recherches et, le 22 mars 1773, c'est-à-dire cinq ans après sa première communication, il soutint à Angers sa dissertation inaugurale : *An in partu, contra naturam, sectio symphyseos ossium pubis, sectione cæsareâ promp-*

tior et tutior? Cette fois, il décrivait le manuel opératoire de l'intervention proposée qu'il croyait capable de produire un écartement des pubis de 1 pouce 1/2 (4 cent.).

Les mensurations cadavériques d'Alphonse Leroy (1773), la répétition — de l'opération facile et produisant spontanément un écartement de 7 lignes, porté à deux pouces et demi (7 cent.) par l'abduction forcée des membres inférieurs — exécutée par le même Leroy sur le cadavre de la femme Brasseur, morte en couches (décembre 1774), les expériences sur des chiennes récemment délivrées, faites par Ripping à l'instigation de Desault et confirmant celle de Camper (1776), les encouragements de la Faculté de médecine plus perspicace que l'Académie de chirurgie, décidèrent enfin Sigault — après dix ans de réflexion — à faire la symphyséotomie sur la femme vivante.

L'histoire de cette opération princeps vaut la peine d'être contée ; je l'emprunte au consciencieux travail que vient de consacrer à ce sujet mon élève et ami le Dr Desforges.

LA PREMIÈRE SYMPHYSÉOTOMIE

La femme Souchot, née en 1739, fut mise en nourrice et tomba malade. C'est ainsi qu'elle eut des convulsions et différents accidents attribués à la dentition. Puis elle présenta tous les signes du rachitisme et ne put marcher qu'avec des béquilles, à l'âge de huit ans. Elle ne fut complètement guérie qu'au moment de la puberté. Mariée en 1768, à un soldat de la garde de Paris, elle devint enceinte et accoucha au mois de décembre 1769, à l'âge de 30 ans. Le chirurgien

Piet, aidé par Sigault, amena un enfant mort dont la tête avait été aplatie, « comme s'il avait passé à travers une filière ».

Le deuxième accouchement fut aussi malheureux (mai 1771). S'inspirant des conseils de Coutouly et de Thévenot, qui l'assistaient, Sigault fit l'extraction du fœtus en appliquant un crochet sur le pariétal droit. Pendant le cours de sa troisième grossesse, la femme Souchot avait été soumise à un régime débilitant : saignées, diète, purgatifs et lavements. L'enfant succomba pendant le travail qui se déclara au huitième mois.

Le quatrième accouchement eut lieu le jour de Pâques de l'année 1775. « Je ne crus pouvoir mieux faire, dit Sigault, que d'appeler MM. Vicq d'Azyr, Thouret, Roussel, médecins de la Faculté de Paris, Verdier d'Angers, MM. Levret, Destremeau, Thévenot, Coutouly, Desault, Marchais, Baudot, tous chirurgiens ou accoucheurs, pour m'aider de leurs lumières et de leurs conseils ». On pria Levret de donner son avis ; le grand accoucheur, ayant mesuré le bassin avec le doigt, déclara que le diamètre antéro-postérieur était de deux pouces et demi (6 à 7 cent.). Il ajouta que l'enfant lui paraissait peu volumineux. On discuta alors la conduite à tenir. Sigault proposa la section de la symphyse, ne croyant pas que l'accouchement pût être spontané. Son avis fut rejeté par tous les assistants. Il parla ensuite de l'opération césarienne ; Thévenot seul l'accepta. On s'inclina devant l'opinion de Levret qui avait affirmé que l'expulsion du fœtus serait naturelle, et on ne pensa même pas à employer le forceps. Destremeau fit la version, et tirant sur les pieds, il essaya d'amener l'enfant. « En vain il employa toute sa force pour l'arracher ; épuisé de fatigue, il fut relevé par cinq ou six de ces messieurs successivement ; mais ils furent pour ainsi dire mis tous hors de combat ; les efforts

les plus violents furent inutiles ». Après deux heures de manœuvres pénibles, on finit par extraire un enfant mort qui présentait un enfoncement considérable du pariétal gauche. « Convaincu, dit Sigault, par cette malheureuse expérience et les trois accouchements précédents aussi infructueux, que le cinquième ne serait pas plus heureux, je me déterminai à faire la section de la symphyse ».

Il était donc complètement préparé et décidé, quand on le fit venir, le 30 septembre 1777, chez la femme Souchot qui demeurait rue St-Denis (cul-de-sac des Peintres). Arrivé vers 7 heures du soir, il constata que le travail marchait assez rapidement. Il se rendit, dans la nuit, chez son confrère Alphonse Leroy, qu'il avait prévenu trois jours auparavant, à l'assemblée de la Faculté. Vers une heure du matin, après avoir réglé tous les détails de l'opération, « ils se mettent en marche, pleins de l'espoir de bien faire ». Ils procèdent de nouveau à un examen minutieux de cette femme; dont la taille n'est que de trois pieds huit pouces (1 m. 20). Ils constatent que les tibias ont une courbure interne très accentuée et que le diamètre antéro-postérieur du bassin ne mesure que deux pouces et demi (6 à 7 cent.). L'enfant est vivant et se présente par les pieds, la dilatation est complète, la poche des eaux intacte. Ils préviennent alors la parturiente que l'accouchement sera difficile et l'engagent à se soumettre à l'opération qui lui est proposée. Ils lui font comprendre qu'elle peut avoir ainsi un enfant vivant et qu'elle court moins de dangers qu'avec l'opération césarienne. Cette pauvre femme absolument résignée, « offrit de tout préparer, fit elle-même de la charpie, chercha à bannir toute idée triste, en vantant à son mari l'espérance d'embrasser un fils ».

On plia un matelas en trois sur le lit ; le mari et les voisines quittèrent la chambre, une garde seule resta pour éclairer.

Ayant fait coucher la femme, les cuisses élevées et légèrement écartées, Sigault se hâta d'intervenir. Voici comme il décrit son opération :

« J'incisai la peau et la graisse, un peu au-dessus du pubis, jusqu'à la commissure des grandes lèvres, ce qui fut peu douloureux; cette première incision faite, la symphyse partie insensible se trouvant à découvert, je pénétrai les muscles pyramidaux et la ligne blanche et j'introduisis, par cette ouverture, l'index de la main gauche, le long de la partie interne de la symphyse; je continuai la section du ligament et du cartilage qui se trouvent très épais au dernier terme de l'accouchement. Aussitôt après la section, il se fit un écartement subit de deux pouces et demi (6 à 7 cent.) ; je profitai du moment pour introduire la main dans la matrice et y percer les membranes de l'enfant, dont je saisis aussitôt les pieds que j'amenai au delà. »

Il pria Leroy d'achever l'accouchement.

Après l'opérateur, voici l'accoucheur qui entre en scène.

« Je dégage le bras gauche, puis le droit; la tête étant encore au-dessus du détroit supérieur, je portai ma main droite sur la face qui répondait à la symphyse iliaque gauche; je fis écarter le plus possible les cuisses : j'engrenai la plus grande portion du pariétal droit dans l'écartement, dont les téguments bombèrent. Je fis répondre la bosse pariétale gauche à la partie latérale droite de la base du sacrum, ensuite, en relevant le corps de l'enfant, j'entraînai la partie latérale gauche de la tête, en même temps que, de la main droite appliquée sur les fosses nasales, j'abaissai le menton. Par ces deux moyens employés et combinés à la fois, la tête traversa l'obstacle principal, le détroit supérieur; je dégageai le menton à la commissure inférieure, en élevant le corps de l'enfant. Le reste de la tête franchit, et j'annonçai à cette mère courageuse qu'elle avait enfin un fils. Les cuisses étaient abaissées, l'écartement ne se porta plus qu'à huit

lignes et je fis tout de suite la délivrance, parce que la matrice se contractait fortement. »

Le pansement fut très simple : un peu de charpie sèche et une serviette, comme bandage de corps.

On reprocha plus tard à Sigault d'avoir agi avec trop de mystère et trop de précipitation. Il excusa sa maladresse en disant :

« J'étais très malade, mal éclairé d'ailleurs par une garde effrayée dont la main tremblante faisait vaciller la lumière. Je fis l'opération, presque sans y voir, avec un bistouri droit ordinaire. Contrarié par les circonstances, surtout ému et très ému, j'en conviens, puisque je tentais une opération absolument neuve, je perdis la ligne de direction... et j'intéressai une portion du méat urinaire. »

Toutes ces manœuvres n'avaient pas duré plus de cinq minutes.

S'étant assurés que la mère et l'enfant étaient en bonne santé, Sigault et Leroy se retirèrent avant la fin de la nuit. Ils revinrent vers midi (1er octobre) pour enlever le pansement; il n'y avait pas la moindre hémorrhagie, le pouls était normal, l'état général satisfaisant; mais le lit était souillé par une grande quantité d'urines émises involontairement.

Par une coïncidence assez heureuse, la Faculté tenait, dans la soirée, son assemblée dite de « *prima mensis* ». Leroy ne manqua pas d'y assister et annonça à ses confrères ce qui venait de se passer. Sigault n'arriva qu'à la fin de la séance et lut un petit mémoire sur l'opération qu'il avait faite dans la nuit. « Il priait la Faculté de nommer des commissaires, pour examiner cette section, juger de ses effets, en suivre le traitement et faire leur rapport à la Compagnie... On désigna MM. Grandclas et Descemet, recommandables par l'étendue de leurs connaissances dans l'art des accouchements et dans l'anatomie. »

En quittant l'assemblée, Sigault et Leroy se rendirent

auprès de leur opérée qu'ils trouvèrent aussi bien que possible. Elle se plaignait seulement de quelques douleurs du côté gauche ; on relâcha le bandage qui la gênait un peu.

Le lendemain, 2 octobre, les commissaires désignés se rendirent à 10 heures du matin, chez la femme Souchot. Ils pratiquèrent un examen local très complet et purent constater que l'écartement des pubis était d'environ un pouce (2 cent. 7 mil.). La plaie leur parut belle et peu sensible au toucher. La mère avait repris sa gaieté et donnait le sein à son enfant. Ils revinrent ainsi chaque jour, pour assister au pansement et surveiller les progrès de la guérison. Sigault, d'abord atteint d'un panaris, devint bientôt gravement malade et ne put s'occuper de l'accouchée. Il confia à son collaborateur Leroy la direction du traitement et le soin de faire les pansements, matin et soir. C'est donc en puisant nos documents dans le rapport des commissaires et dans le mémoire de Leroy, que nous allons pouvoir écrire le journal des principaux accidents qui suivirent l'opération de la femme Souchot.

Les suites de l'opération furent longues et surtout très pénibles ; à plusieurs reprises, la vie de la mère fut en danger et on crut ne pas pouvoir sauver l'enfant, mal nourri et mal soigné. Nous exposons les faits les plus importants, dans une série de notes au jour le jour.

3e jour. — La plaie est enflammée et douloureuse. Les draps sont souillés par une grande quantité d'urine fétide. On change la malade de lit, ce qui amène des douleurs au niveau des symphyses postérieures du bassin. Le pansement est refait : charpie trempée dans du blanc d'œuf avec de l'eau-de-vie.

4e jour. — La femme, assez indocile, exige qu'on lui enlève le bandage qui la gêne et refuse de se soumettre à la diète

sévère qui lui est imposée. « Comme elle avait trop de lait pour son enfant, on la fait teter par son mari.

5ᵉ et 6ᵉ jours. — État satisfaisant le matin, fièvre assez forte dans la soirée. Les lèvrés de la plaie se rapprochent, l'écartement des pubis est à peine visible, mais les mictions sont toujours fréquentes et involontaires. Pansement avec du baume d'Arcéus.

7ᵉ jour. — Les nombreux médecins qui assistent au pansement peuvent constater l'aspect noirâtre de la plaie qui suppure. On modifie le pansement et on revient au blanc d'œuf battu avec de l'eau-de-vie aromatique. Il y a toujours de l'incontinence urinaire.

8ᵉ jour. — L'état général s'est amélioré à la suite des laxatifs et des lavements qui ont produit une selle abondante pendant la nuit. On replace le bandage, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens bien connus : Vicq d'Azyr, Pelletan, Goubelly et Destremeau.

10ᵉ jour. — L'enfant mal nourri a une diarrhée verdâtre qui l'affaiblit beaucoup. L'état de la mère s'est aggravé, l'écoulement involontaire des urines est plus abondant que jamais, les lochies sont fétides. Sigault malade est remplacé par Leroy.

12ᵉ jour. — La plaie devenue granuleuse est recouverte de charpie trempée dans du baume de Fioraventi. La partie supérieure de la symphyse commence à se souder. Les jours suivants, l'état devient de plus en plus critique, mais la plaie marche vers la guérison. La malade affaiblie et découragée se plaint sans cesse d'être importunée par les nombreux visiteurs qui assistent aux pansements. Beaucoup de médecins venaient chaque jour tâter la plaie pour s'assurer de la consolidation des pubis.

21ᵉ jour. — Le lit est inondé par une grande quantité de liquides qui irritent la plaie. Le chimiste Bucquet en fait

l'analyse et déclare que c'est un mélange d'urines, de lochies et de pus. L'enfant dépérit de jour en jour.

23e jour. — On attribue la plupart des accidents à une alimentation excessive ; la malade, qui mange avidement ce qu'on lui apporte en cachette, est surveillée rigoureusement et soumise à un régime sévère : diète mitigée, évacuants, quinquina. Il en résulte une amélioration passagère.

26e jour. — Nouvelle rechute causée par une bronchite qui dure quinze jours. La fièvre est plus élevée et l'incontinence est considérable. Quelques chagrins domestiques aggravent la situation.

28e jour. — La symphyse pubienne est complètement soudée ; la malade peut se transporter d'un lit à l'autre, en se soulevant sur les coudes et les talons.

30e jour. — Engorgement du sein gauche. La mère, toujours couchée sur le côté, ne donnait que le sein droit à son enfant.

34e jour. — Ouverture spontanée de l'abcès du sein ; on administre alors un purgatif à la manne qui produit une grande amélioration. La plaie cicatrisée n'exige plus de pansement.

39e jour. — Leroy finit par obtenir de la mère qu'elle cesse de nourrir. L'enfant très affaibli reprend rapidement ses forces, dès qu'il est confié à une nourrice.

41e jour. — Les urines sont moins abondantes et moins fréquemment émises. L'amélioration de l'état général s'accentue et la femme commence à s'asseoir dans son lit. On veut attendre que Sigault soit rétabli, pour lui permettre de se lever.

Il vint le 16 novembre, 46 jours après l'opération. On sonda la malade, puis on lui appliqua un bandage spécial inventé par Traînel. Elle descendit alors de son lit et put faire quelques pas dans sa chambre. Trois jours après, on était obligé

d'enlever le nouvel appareil, devenu insupportable. La convalescence fut rapide et « la femme continua de marcher à l'aide d'un bâton et souvent sans appui, ne ressentant qu'une douleur de sciatique ».

Pendant toute la durée du traitement, on avait engagé des polémiques violentes, à propos des accidents qui étaient survenus. Chaque jour on annonçait une nouvelle complication et les chirurgiens déclaraient que la guérison était impossible. On alla même jusqu'à parler d'une mort inévitable et prochaine. Aussi, fut-il décidé parmi les partisans de Sigault, que l'on répondrait à toutes ces attaques par un véritable coup d'éclat. On profita de l'assemblée qui devait avoir lieu le 3 décembre, pour présenter solennellement la femme Souchot à la Faculté de médecine. Nous empruntons à un texte officiel le récit de ce qui se passa ce jour-là.

De nombreux médecins étaient réunis quand la femme Souchot entra dans la salle des séances, accompagnée par son mari et précédée de la nourrice qui portait l'enfant. Elle se tint seule debout pendant quelques minutes, tandis qu'on s'empressait autour d'elle pour la féliciter. Le doyen Desessartz l'interrogea minutieusement, lui posant de nombreuses questions sur l'état de sa santé.

« Elle répondit, avec ce ton ingénu qui est l'expression de la vérité : qu'elle avait très bon appétit, digérait parfaitement, faisait toutes ses fonctions avec liberté, plaisir et régularité, que son sommeil était tranquille, que ses forces se rétablissaient, petit à petit; elle s'apercevait que chaque jour elle marchait, montait et descendait avec plus de facilité, qu'elle n'éprouvait aucune douleur, ni aucune gêne dans la partie où elle avait souffert la section ; qu'elle retenait ses urines, tant qu'elle restait assise, à moins qu'elles ne fussent en trop grande quantité, et qu'elles ne coulaient goutte à goutte, malgré elle et sans qu'elle s'en aperçut, que lors

qu'elle se tenait debout ou marchait, mais que cet écoulement involontaire diminuait tous les jours et devenait moins fréquent ; qu'elle éprouvait une forte douleur le long de la cuisse gauche ; mais, est convenue en même temps qu'elle avait été vivement tourmentée de cette douleur, dès après sa première couche, parce que, disait-elle, son lait répandu s'était jeté sur cette partie. Elle a ajouté qu'elle avait nourri son enfant pendant le premier mois, mais que MM. Sigault, Leroy et les commissaires l'avaient empêchée de continuer. La nourrice de cet enfant le portait dans ses bras ; elle l'a fait voir à tous les docteurs, il était bien portant. »

Après avoir félicité de nouveau la femme Souchot pour son courage et son dévouement, on l'invite à se retirer.

Sigault fit alors la lecture d'un mémoire dans lequel il exposait : les motifs qui l'avaient déterminé à pratiquer la section de la symphyse pubienne, la méthode employée, le résultat obtenu. En terminant, il suppliait la Faculté d'être généreuse pour la mère et pour l'enfant et lui offrait « ce premier fruit d'un travail de neuf années ».

Le mémoire fut suivi du rapport de MM. Grandclas et Descemet qui avaient suivi, jour par jour, les progrès de la guérison,

Parmi les accidents, trois seulement devaient être signalés et discutés : une douleur constante au niveau de la région sacro-iliaque gauche, qui s'était déjà manifestée dans les précédents accouchements ; un dépôt laiteux du sein gauche, facilement explicable ; enfin une incontinence d'urine, résultant certainement de l'opération, mais pouvant apparaître dans tous les accouchements laborieux. « Nous sommes donc autorisés, disaient-ils, à conclure que la femme est parfaitement guérie, que cette opération, qui n'est ni douloureuse, ni difficile à faire, est préférable à l'opération césa-

rienne, dans bien des circonstances et surtout quand l'enfant peut sortir par les voies naturelles. » Ils adressaient toutes leurs félicitations aux opérateurs dont le talent égalait la générosité.

On fut d'avis que « pour l'avantage du public, il fallait imprimer et distribuer, au nom et aux dépens de la Faculté, le Mémoire de M. Sigault et le Rapport de MM. les commissaires, après en avoir néanmoins référé à toute la compagnie ». Une nouvelle assemblée était nécessaire, pour délibérer; elle eut lieu, le 6 décembre 1777. Après une seconde lecture du Mémoire et du Rapport, le doyen Desessartz mit aux voix plusieurs propositions qui furent adoptées par l'unanimité des docteurs réunis en séance. On décréta :

1° « Que ces différentes pièces, imprimées au plus tôt, au nom et aux frais de la Faculté, seraient distribuées, non seulement à tous les docteurs, aux médecins régnicoles et étrangers, mais encore présentées au Monarque bienfaisant qui gouverne, aux Princes, aux Ministres et Magistrats, afin que tout le monde soit instruit de la découverte de ce nouveau moyen de sauver des mères et des enfants. »

2° On priait Sigault et Leroy de soumettre à la Faculté leurs recherches et leurs vues sur l'opération.

3° La Faculté regrette de ne pouvoir donner une pension à la femme Souchot, mais elle lui accorde un secours de 360 livres. « Elle lui promet ses services, ses bons offices, et même de porter aux pieds du Monarque bienfaisant, ses respectueuses prières pour elle, et de solliciter auprès des Ministres et tous les ordres de Citoyens, une récompense pour cette femme forte qui s'est dévouée à une opération nouvelle. »

4° Elle ne peut récompenser, assez dignement, l'inventeur d'une découverte si utile à l'humanité. Mais, comme témoi

gnage de sa reconnaissance et de son admiration, elle ordonne qu'on grave sur le revers du jeton d'argent du Doyen, l'inscription suivante :



ANNO 1768
SECTIONEM SYMPHYSEOS OSSIUM PUBIS INVENIT, PROPOSUIT
ANNO 1777
FECIT FELICITER M. SIGAULT, D. M. P.
JUVIT M. ALPH. LE ROI, D. M. P.

La nouvelle opération fut rapidement connue du monde entier. Aussitôt les querelles de s'allumer, les dissertations de pleuvoir, les raisonneurs de continuer leur éternelle guerre aux faits, les critiques de crier au meurtre sans attendre l'issue bonne ou mauvaise de l'entreprise, les charlatans de discréditer l'opération, les incapables de la ompromettre en en méconnaissant les indications.

Il eût fallu un autre homme que Sigault pour tenir à la

fois en respect tant d'amis et d'ennemis ; il fut au-dessous de sa tâche au point de vue de la défense scientifique de son œuvre et préféra en appeler à l'opinion publique par la voie de la réclame et des journaux.

« L'opération de la femme Souchot ne doit pas, disait-il à ses détracteurs, faire la matière d'une dispute ; c'est un fait contre lequel ne peuvent s'élever les gens instruits et de bonne foi. Il est incontestable que c'est à la faveur de la section de la symphyse des pubis et de l'écartement qui en a résulté qu'on a pu donner le jour à un enfant qui se porte bien, ainsi que la dame Souchot, sa mère, qui le nourrit toujours. *On invite le public à venir s'en assurer.* »

Et pourtant en maintenant le débat sur le terrain scientifique; en se contentant de suivre la marche que lui avaient indiquée Camper, A. Leroy, Ripping; en étudiant de près et en critiquant les observations qui suivirent la sienne il lui était bien aisé de réfuter ses détracteurs au moins pour la postérité. Il ne nous aurait pas laissé l'impression du *gallus escam querens qui margaritam reperit.*

Lorsqu'on examine de près les objections qui lui ont été faites par ses contemporains et qu'a consacrées pour plus d'un siècle l'autorité de Baudelocque, on est stupéfait de les voir aussi dénuées de fondement.

On nie que l'augmentation d'étendue résultant de l'écartement des pubis soit suffisante à compenser le rétrécissement du bassin ;

On assure que l'opération est inutile ;

On proclame que lorsqu'elle ne procure pas une mor

prochaine, elle produit une série de désordres affreux du côté des symphyses sacro-iliaques et des organes génito-urinaires.

On verra plus loin que rien de tout cela ne pouvait être reproché à la symphyséotomie, à moins que l'on ne prétendît l'appliquer à des cas où lacontre-indiquaient nettement, mathématiqûement, dès le temps de Sigault, les résultats acquis par l'expérimentation cadavérique et l'observation clinique. C'est à faire ce départ, c'est-à-dire à formuler les indications de son opération qu'aurait dû exclusivement s'attacher Sigault; c'est malheureusement ce dont il est impossible de trouver trace dans ses écrits.

C'est à cette confusion habilement entretenue par ses adversaires autant qu'à la difficulté qu'il y avait alors à séparer dans les résultats ce qui était imputable non à l'opération elle-même, mais à l'infection utéro-vaginale concomitante que la symphyséotomie a dû de disparaître pendant des années du cadre des opérations obstétricales. Baudelocque neveu lui porta le dernier coup en simplifiant, par l'invention du céphalotribe, l'intervention dans les accouchements compliqués de rétrécissement pelvien.

Murat a admirablement résumé cette polémique à bâtons rompus des partisans et des adversaires de la symphyséotomie, à l'époque où l'opération de Sigault tombait dans un oubli que la plupart des contemporains croyaient définitif.

Dans l'article « Symphyséotomie » du Dictionnaire en 60 vol., paru en 1821, Murat, rappelant les discussions de

ses devanciers sur la section de la symphyse, écrivait : « Cette opération, source de contestations interminables, et au sujet de laquelle on a écrit quelques centaines de dissertations, a été tour à tour accueillie avec enthousiasme, et critiquée avec trop de sévérité. Je pense, avec un professeur célèbre, que, dans la discussion que ce point de doctrine a fait naître, on a manqué tantôt de sang-froid et tantôt de bonne foi ; les uns n'ont pas eu le courage d'avouer leurs erreurs, de faire le sacrifice d'une opinion formée peut-être sans preuves suffisantes ; les autres, bien plus coupables, pour faire ressortir l'utilité de la symphyséotomie, en ont exagéré les avantages ; ils ont annoncé des résultats qu'ils n'avaient pas obtenus réellement. Ceci a dû nécessairement augmenter les préventions des premiers.

« La génération médicale qui s'élève de nos jours, entièrement étrangère aux petites passions, aux prétentions ridicules, aux rivalités de profession, à ce misérable esprit de parti qui a régné si longtemps dans nos écoles, interrogera l'expérience de bonne foi, et se laissera désormais guider par l'observation des faits ; aussi ne suis-je pas éloigné de croire que l'on sera bien mieux fixé dans trente ans sur les avantages et les inconvénients de la symphyséotomie qu'on ne l'est aujourd'hui. »

Murat ne s'est en somme trompé que de quarante ans, une vétille pour un prophète. Depuis quelques mois, en effet, la symphyséotomie, si longtemps conspuée, sur la foi de Baudelocque, par les classiques, et abandonnée de tous

lès accoucheurs français, allemands et anglais, a, en trois ou quatre foulées, repris l'avance sur l'embryotomie et l'opération césarienne.

D'Italie, de Naples pour mieux dire, où Morisani et Novi depuis plusieurs années travaillaient à sa renaissance, elle a fait, grâce à mon maître M. Pinard, sa réapparition à Paris qui l'a vue naître ; et le temps est proche où les accoucheurs de tous les pays se prendront pour elle d'un enthousiasme plus légitime, car il sera plus raisonné, que celui qu'elle souleva à la fin du XVIII[e] siècle.

Cette histoire contemporaine de la symphyséotomie a déjà besoin d'être écrite. Tandis qu'elle était presque partout considérée comme n'ayant plus qu'un intérêt historique, la section pubienne n'a jamais cessé d'avoir à Naples de chauds partisans, parmi lesquels se distinguent, au premier rang, Assalini, Galbiati, Novi et surtout le professeur Morisani.

C'est à ce dernier qu'elle doit le plus. Dès 1863, il l'étudie au point de vue théorique dans un mémoire sur les rétrécissements du bassin ; en 1880, il appelle sur elle l'attention des membres du Congrès international de Londres par la publication d'une statistique de 50 opérations pratiquées à Naples du 1[er] janvier 1868 à la fin de décembre 1880 par lui, Novi et Martini, pour des bassins de 61 à 81 millim. et donnant une mortalité maternelle de 20 0/0, peu différente de celle de l'embryotomie (21 à 24 0/0, Tibone et Chiara) et très inférieure à celle de l'opération de Porro (50 0/0) ; enfin, en 1881 et 1886, dans les

Annali di Ostetricia et au Congrès national de Rome, il reprend la statistique intégrale de 1777 à 1886 et essaye de montrer, par l'étude critique de 148 cas, que, comme sa rivale, la césarienne, la symphyséotomie doit, grâce à l'antisepsie, reprendre rang parmi les opérations obstétricales.

Malgré ces efforts, la réhabilitation de la section pubienne ne faisait guère de progrès; et si Morisani faisait quelques rares adeptes, ils restaient platoniques, c'est-à-dire que, tout en cessant dans leurs écrits de rejeter d'emblée, sans discussion, la symphyséotomie, ils ne la pratiquaient pas. Tel M. Bouchacourt.

Les traités d'accouchements les plus récents, ou n'en parlent pas (Fritsch, Schrœder), ou la condamnent encore (Müller, Winckel). Et dans le second volume du *Traité pratique des accouchements* de A. Charpentier (1890), voici comment sont appréciées les tentatives de l'école italienne : « M. Bouchacourt conclut franchement à la conservation de la symphyséotomie dans le cadre des opérations obstétricales. En Italie, on a été plus loin encore, et l'on a proposé d'associer l'accouchement prématuré à la symphyséotomie (Novi), et on n'a même pas craint de proposer son emploi, préalablement à toute application de forceps un peu difficile, ou de céphalotribe (Morisani, Novi).

« Il y a là une exagération évidente, et si nous acceptons la symphyséotomie comme une opération à la rigueur possible, nous croyons qu'elle est de beaucoup inférieure à l'opération césarienne d'une part, à la céphalotripsie et

à l'embryotomie d'autre part; elle ne doit être qu'une opération d'extrême exception, et nous nous basons, pour formuler cette opinion, sur les statistiques mêmes de ses plus fervents partisans. »

Malgré le peu de succès de sa campagne, Morisani persistait, et, en prévision du prochain congrès international de Rome, il envoyait à Paris, en novembre dernier, son ancien assistant, le Dr Spinelli, avec mission de plaider à nouveau la cause de la symphyséotomie auprès des accoucheurs français.

Il ne fallut pas longtemps à Spinelli pour convaincre M. Pinard. Après avoir obtenu l'assurance que non seulement la mortalité maternelle pouvait être réduite à 0, mais que les femmes opérées à Naples ne conservaient du fait de l'opération aucune des infirmités que les classiques imputent à celle-ci, après s'être assuré par des expériences cadavériques faites avec M. Farabeuf et auxquelles il a bien voulu m'associer, qu'après la section de la symphyse les pubis pouvaient être écartés de 6 cent. sans déchirure des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques et que cet écartement agrandissait le bassin dans de très notables proportions, M. Pinard commença hardiment à Paris une campagne en faveur de la symphyséotomie :

1° En faisant le 7 décembre 1891, à la Clinique Baudelocque, une leçon dans laquelle, après avoir résumé ses expériences et les arguments de l'École italienne, il disait:

« Si je ne me trompe, la symphyséotomie qui a eu la

mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans autorité en accouchements et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos techniques opératoires, deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles règneront seules, sans partage. »

2° En faisant publier dans le numéro de janvier des *Annales de gynécologie* la dernière statistique, inédite encore, de Morisani et de Novi que Spinelli avait bien voulu, sur ses instances, écrire dans ce but.

3° Enfin, en donnant l'exemple aux accoucheurs français par trois opérations pratiquées sur la femme vivante à la clinique Baudelocque les 4 février, 25 février et 23 mars derniers, opérations à propos desquelles M. Tarnier disait le 15 mars 1892 en présentant à l'Académie la leçon de M. Pinard : « De tels faits commandent au plus haut point l'attention de tous les accoucheurs et, grâce à l'antisepsie, une ère nouvelle semble s'ouvrir pour la symphyséotomie. Si cette opération reprend faveur, ce sera un grand honneur pour le professeur Morisani, et M. Pinard aura le mérite incontestable d'avoir ramené cette opération en France où son exemple sera probablement suivi ; c'est du moins ce que je suis disposé à faire ».

(*A suivre.*) H. VARNIER.

DIMENSIONS DE L'ESTOMAC CHEZ LES ENFANTS MALADES (*Suite.*)

II

Je vais maintenant exposer la question d'après les faits nombreux que j'ai recueillis depuis six ans, et montrer quels aspects nombreux et variés la dilatation de l'estomac peut revêtir en clinique.

L'observation suivante est un exemple de dilatation modérée qui ne se révèle qu'après la convalescence d'une fièvre typhoïde; c'est une *forme presque latente*, qui ne s'accuse que par un peu de gastralgie et de dyspepsie. Cette ectasie gastrique existait-elle avant la fièvre typhoïde? En a-t-elle été la conséquence? En faveur de la première opinion je n'ai à invoquer que l'existence de nodosités phalango-phalanginiennes qui m'ont paru, comme à M. Bouchard, être l'apanage de gastrectasies déjà anciennes. Cette fillette, sans avoir jamais eu de maladie, disait sa mère, n'avait jamais été bien portante, phrase qu'on entend si souvent dire par les individus porteurs d'estomacs habituellement atoniques.

Observation I

Amélie B..., 14 ans. Salle Ste-Geneviève, n° 1, service du professeur Grancher. Père alcoolique, mort de congestion cérébrale. Mère bien portante. Cette fillette, nourrie au biberon, n'a jamais été bien portante, elle était toujours chétive, pâle et maigre, sans que jamais les médecins aient pu donner de nom à ses maladies, sinon faiblesse, anémie. Réglée

à 13 ans avec des douleurs très vives. A eu une fièvre typhoïde légère deux mois avant les douleurs d'estomac qui l'amènent à l'hôpital. Il s'agit de douleurs épigastriques survenant trois ou quatre heures après les repas, donnant la sensation de crampes ou de brûlures. Dans l'intervalle des repas la soif est vive et la fillette boit trois ou quatre grands verres d'eau. Il n'y a jamais de nausées ni de vomissements. Le mal de tête est fréquent.

Le clapotáge gastrique est perceptible 6 heures après le repas de midi, très au-dessous de l'ombilic. Les doigts des deux mains sont remarquables par l'existence de nodosités très accusées à l'union des premières et deuxièmes phalanges. L'auscultation et la percussion ne dénotent pas d'indices de tuberculose.

Après quelques jours de régime, les douleurs gastralgiques ont disparu ; l'état général ne s'améliorait que lentement, quand est survenue une amygdalite herpétique avec deux poussées successives de fièvre. L'enfant une fois rétablie a contracté la variole, bien qu'elle eût été vaccinée à sa naissance ; il y avait eu deux cas de variole dans la salle située à l'étage au-dessus, le premier cas n'ayant fait qu'un séjour de quelques heures par suite d'une erreur d'admission. (Ce fait est antérieur aux mesures de prophylaxie adoptées actuellement grâce à un examen minutieux à l'entrée de l'hôpital par un interne de garde spécial.)

Observation II. — *Vomissements incoercibles, dilatation de l'estomac.*

G..., Jules. Cet enfant, âgé de 12 ans, est amené à la consultation externe de la clinique des Enfants-Malades, le 10 janvier 1888, pour des vomissements incoercibles.

Ses parents habitent Étampes, où l'enfant est élevé ; ils paraissent dans l'aisance.

La mère, qui conduit son fils à l'hôpital des Enfants parce

qu'elle a exécuté sans succès les traitements indiqués par les médecins d'Étampes, nous dit que son mari est d'une bonne santé et qu'elle-même se porte bien ; elle est en effet grande, forte et colorée, mais, bien qu'elle n'ait jamais eu d'attaques de nerfs, elle est très nerveuse, très émotive.

Jules est seul enfant ; il n'a pas fait de maladie importante jusqu'à l'âge de 5 ans. A cette époque il a commencé à se plaindre fréquemment du mal de tête. Ses maux de tête, que la mère qualifie de migraines, se répétaient toutes les semaines environ, commençaient le matin et se terminaient à une heure variable de la journée par des vomissements soit alimentaires, soit muqueux ou bilieux. L'enfant, dans l'intervalle de ses maux de tête, paraissait bien portant, quoique d'apparence grêle et délicate. Il mangeait bien et même beaucoup quelquefois, faisant plusieurs repas par jour et ne vomissant pas en dehors de ses migraines.

Depuis six mois, les choses ont changé ; les maux de tête ont diminué de fréquence et d'intensité, mais l'enfant s'est mis à vomir d'une manière toute nouvelle.

Un temps variable après ses repas, sans avoir éprouvé ni nausées, ni douleur d'estomac, il rejette soit des aliments si le vomissement survient peu de temps après le repas, soit, s'il survient un peu plus tard, un liquide incolore, glaireux, quelquefois un peu acide, le plus souvent sans goût.

La seule sensation prémonitoire de ce vomissement, qui se fait presque d'un seul coup et sans grands efforts, consiste seulement en un peu de pesanteur au niveau du sternum.

Ces vomissements de glaires sont devenues de plus en plus abondants et fréquents, quoique irréguliers ; l'enfant vomit quelquefois trois ou quatre jours de suite après chaque repas ; il restera ensuite une semaine sans vomir.

On n'a jamais remarqué de rapport entre la nature des aliments qu'il mange et la fréquence des vomissements ; on a

noté en revanche que l'influence d'une contrariété, d'une gronderie était très nette et faisait apparaître le vomissement.

Malgré les traitements variés dirigés contre la maladie, l'enfant a toujours vu son état empirer depuis six mois. Il vomit maintenant après tous les repas, rarement des aliments, mais de plus en plus des glaires.

L'enfant a continué à fréquenter la pension jusqu'à ces derniers temps : il est bon écolier, ne demande pas à interrompre ses études et n'est nullement soupçonné par ses parents d'exagérer son infirmité pour se faire dispenser de travailler.

On l'examine attentivement ; c'est un garçon de taille plutôt petite, fluet, pas très amaigri malgré la persistance de ses vomissements, assez pâle. Il a l'air d'une intelligence moyenne, sans malice. Aucun appareil organique n'est trouvé malade ; seulement on constate que l'estomac clapote à trois travers de doigt au-dessous de la ligne de Bouchard, dès qu'on fait ingérer un peu de liquide.

Les doigts sont un peu plus renflés au niveau de la deuxième articulation qu'ils ne le sont à l'état normal, mais on ne peut dire qu'il y ait de vraies nodosités.

M. Grancher diagnostique : catarrhe de l'estomac avec dilatation, et prescrit le 10 janvier :

« Toutes les trois heures un petit repas composé d'un œuf à la coque peu cuit, d'un peu de purée de viande très cuite et finement hachée, d'un peu de purée de légumes secs ou verts (pommes de terre au lait, haricots, lentilles, salades cuites, épinards) et d'un peu de marmelade de fruits cuits.

Comme boisson, un quart de verre de thé froid ou chaud avec quelques gouttes d'eau-de-vie.

L'enfant ne doit rien prendre entre les repas. »

Le 31 janvier l'enfant est ramené par sa mère qui trouv son état amélioré, en ce sens que le teint est plus coloré,

mine meilleure ; les vomissements ont été moins abondants, sinon moins fréquents. Il lui est arrivé presque tous les jours de rejeter quelques aliments, mais moins constamment et en moindre quantité. Les vomissements glaireux et muqueux surtout ont été plus rares et moins abondants.

C'est encore le soir après le dernier repas que le rejet des aliments est le plus marqué. L'enfant éprouve toujours dans la soirée une certaine pesanteur à l'épigastre, qui n'est soulagée que par le rejet d'une partie du souper, et l'enfant ne veut pas se coucher avant d'avoir obtenu ce soulagement.

L'influence des émotions et des contrariétés continue à être très apparente. C'est toujours quand l'enfant est dans une mauvaise disposition d'humeur que l'enfant vomit le plus.

La recherche du clapotage permet de le constater un peu moins aisément que la première fois et dans des limites peut-être un peu plus restreintes.

Observation III

Mlle C..., 8 ans. Antécédents arthritiques ; grands-parents, migraines, douleurs rhumatismales ; père, mauvais estomac.

N'a eu d'autres maladies que la rougeole dans la 1re enfance, et la coqueluche vers 3 ou 4 ans. Blonde, peau fine, très intelligente. Il y a quatre ans, étant aux bains de mer a eu pour la première fois une *crise de vomissements* abondants, fréquents, bilieux, avec grands efforts ; puis débâcle diarrhéique, refroidissement des extrémités, *aspect cholériforme*, Durée, 2 à 3 jours.

Crises semblables se sont renouvelées d'abord deux fois par an, puis de plus en plus souvent. Débutent brusquement, les occasions sont : émotion, peur, effort intellectuel ; l'enfant se plaint vaguement de l'épigastre, demande à se coucher, vomit avec de grands efforts tout ce qu'elle prend, puis se relève pâlie et fatiguée. Reprend appétit le lendemain et recommence à manger comme si de rien n'était.

Dans les intervalles bonne santé, dit la mère, sauf éruption de boutons ressemblant à des boutons de variole, contenant de l'humeur, formant des croûtes, se succédant par poussées sur le ventre, le tronc. J'en constate la trace sous forme de taches pigmentaires brunes, lisses, de la largeur de petits pois: *ecthyma* à petites pustules probablement.

La dernière crise a lieu vers le 12 décembre ; après quelques jours d'accalmie, il y a eu de nouveaux troubles digestifs avec douleurs généralisées, grand abattement, puis écoulement purulent de l'oreille droite. Peut-être grippe gastro-intestinale avec otite.

Aujourd'hui elle est maigre, pâle, avec cercle bistre autour des yeux: dentition en voie de rénovation: amygdales un peu tuméfiées, langue un peu saburrale.

Ventre plat, sauf dans la région épigastrique qui est voussurée; atonie gastrique attestée par clapotage.

Foie ne déborde pas.

Le matin n'a presque jamais faim: ne mange volontiers que pain tendre, chocolat, croissants, pommes de terre frites.

(A suivre.) P. LE GENDRE.

DIAGNOSTIC DIFFICILE ET DANGER DES ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS DANS LA PREMIÈRE ENFANCE.

Les abcès rétro-pharyngiens sont souvent méconnus; comme ils ne se présentent pas fréquemment à l'observation du médecin et qu'ils n'ont pas de symptômes révélateurs éclatants, le praticien n'y pense pas et il en peut résulter une terminaison fatale.

La méconnaissance des abcès rétro-pharyngiens e surtout facile chez les tout jeunes enfants.

La *dysphagie*, qui est donnée dans les livres comme

symptôme presque constant, peut manquer si la collection purulente est située d'une certaine façon, et localisée.

Le timbre particulier de la voix (*voix de canard*) sur lequel a insisté M. de Saint-Germain, n'est pas facile à constater chez un enfant de quelques mois.

La *dyspnée* peut être le seul symptôme, et c'est par exclusion en écartant les autres causes de dyspnée que j'ai été mis sur la voie du diagnostic, dans un cas récent, que je vais relater, car sa complexité est intéressante.

Un distingué confrère des environs de Paris me faisait appeler pour un enfant d'une douzaine de mois, qui présentait depuis quelque temps une dyspnée croissante. Nous trouvons un bébé très rachitique, grosse tête, à fontanelle largement ouverte, pariétaux écartés, mais bosses pariétales hypertrophiées rappelant le crâne natiforme, partie supérieure du thorax en auvent, ventre météorisé, poignets noués, tibias fortement incurvés, avec convexité très accentuée de la crête antérieure tranchante, se rapprochant plus par certains côtés du tibia en cimeterre de Lannelongue, qui se voit chez certains syphilitiques héréditaires, que du tibia rachitique.

La respiration se faisait très laborieusement, le visage était pâle et les lèvres assez cyanosées. L'inspiration était particulièrement pénible. Les veines jugulaires et temporales, très apparentes, attestaient une gêne à la circulation cérébrale en retour, à laquelle il convenait d'attribuer la torpeur de l'enfant. Il y avait trois semaines que l'enfant ait malade, disait-on, mais la grande gêne respiratoire datait que de peu de jours ; le confrère récemment pelé avait constaté, avec difficulté, une érosion d'appa-

rence aphtheuse sur le voile du palais, mais pas de fausses membranes.

La voix n'était pas éteinte ; elle présentait une dysphonie particulière, ayant quelque chose du nasonnement des amygdalites, mais avec un timbre plus élevé, plutôt nasillard que nasonné. Ce n'était pas franchement le coin-coin de la voix de canard, mais il y avait cependant quelque chose de cela dans les rares moments où l'enfant criait ; car, le plus souvent, il était somnolent. Il y avait de la raideur du cou, et l'enfant avait de la tendance à renverser la tête en arrière. Il avalait lentement, mais sans trop de peine, et ne régurgitait que peu. L'auscultation ne permettait d'entendre qu'un murmure respiratoire faible, sans râles.

Certains renseignements étaient de nature à égarer quelque peu le diagnostic. On me disait que peu de temps après la naissance, s'était installé un coryza avec écoulement séreux et sanguinolent, tenace, qui s'était prolongé jusqu'au départ de l'enfant en nourrice ; celui-ci avait été repris seulement depuis un mois par ses parents. Il existait des adénopathies indolentes, en divers points, cervicales, axillaires ; les déformations du squelette n'étaient pas absolument et uniquement celles du rachitisme. Bref, il était naturel de penser que l'enfant pouvait bien être entaché de syphilis héréditaire.

L'examen de la gorge fut difficile à pratiquer, parce que l'enfant était pris de vrais accès de suffocation quand on lui ouvrait la bouche ; je constatai de grosses amygdale mollasses, recouvertes de mucosités épaisses, mais san

exsudat adhérent, et sur une muqueuse d'aspect œdémateux, l'érosion d'apparence aphteuse du voile du palais, déjà constatée par le confrère. Rien en somme qui expliquât suffisamment la dyspnée. Le toucher digital s'imposait. Je dus le pratiquer très rapidement, car l'enfant fut pris d'un accès de suffocation inquiétant aussitôt que l'extrémité de mon index fut au contact de l'isthme pharyngien. Je sentis seulement que le carrefour pharyngien était rétréci, et que la pulpe digitale était enserrée de toutes parts. Dans ces conditions il me parut probable que quelque collection purulente non encore limitée était en voie d'évolution, ayant provoqué surtout de l'œdème des parois du pharynx et du larynx.

Je conseillai d'amener le lendemain l'enfant à mon collègue et ami le Dr Ch. Monod à l'hôpital Saint-Antoine. D'ici là on se contenterait d'entourer le cou de compresses imbibées d'eau froide, essorées et recouvertes de taffetas gommé. Un traitement ioduré serait commencé aussitôt.

Sous l'influence de la réfrigération locale, les accès de suffocation ne reparurent pas jusqu'au lendemain, la dyspnée continue persistant au même degré.

Mais dans l'intervalle des 24 heures qui s'étaient écoulées, l'état local s'était modifié, l'index percevait sur la paroi postérieure du pharynx une tuméfaction arrondie, très tendue, de la grosseur d'une cerise.

L'état général était si inquiétant que, si quelque peu de pus avait pénétré dans les voies aériennes, un accès de suffocation même court eût pu survenir et achever l'asphyxie. M. Monod prévint donc les parents de la gravité

de la situation et de la mort possible pendant l'opération, indispensable à coup sûr.

L'enfant fut étourdi par quelques gouttes de chloroforme, puis placé la tête en bas; la pointe du bistouri fut guidée sur l'index jusqu'à la saillie fluctuante. Un flot de pus fétide jaillit aussitôt par la bouche et l'enfant fut pendant quelques instants dans la situation la plus critique, en état d'apnée. Peu à peu cependant, grâce à des stimulations énergiques, la respiration se rétablit. Le soir même l'amélioration était des plus manifestes et le confrère m'annonçait bientôt que tout danger avait cessé.

Quelle était la cause de cette collection purulente rétropharyngienne? Avait-elle eu pour point de départ quelques érosions de la muqueuse analogues à celle qu'on voyait encore sur le voile du palais? Faut-il penser qu'il y avait une gomme suppurée? Il me paraît difficile de trancher la question.

Mais il était intéressant de signaler ce cas où le diagnostic formel ne fut possible qu'au moment même où l'urgence de l'intervention était au maximum d'acuité. Quelques heures de temporisation exposaient à l'ouverture spontanée de l'abcès dans le pharynx, avec pénétration dans le larynx de pus que l'enfant n'eût pas réussi à chasser tant sa dépression était profonde. Ou bien, l'abcès tardant à s'ouvrir encore, un spasme glottique provoqué par l'œdème régional eût tué l'enfant d'un jour à l'autre.

P. Le Gendre.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE PÆDIATRIE

Août 1892

SOMMAIRE :

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE *(Suite.)*

II

Pour faire comprendre l'importance du mouvement qui de Naples vient de gagner Paris, il faut comparer les résultats qu'on en peut attendre, à ceux de l'opération césarienne qui, depuis 1882, a fait tant de bruit dans le monde. Nous parlons, cela va de soi, de l'opération césarienne à indication relative, car la symphyséotomie ne peut ni ne veut entrer en parallèle avec l'opération césarienne à indication absolue.

Le compte de la symphyséotomie et de l'opération césarienne est facile à faire ; nous prendrons pour l'établir la statistique de Léopold.

Tandis qu'en 4 ans, du 1er septembre 1883 au 1er sep-

tembre 1887, sur 5,875 accouchements, Léopold n'a observé, dans la ville d'Europe qui passe pour être la plus riche en viciations pelviennes, que trois bassins justiciables de la seule opération césarienne (indication absolue), il s'est trouvé 52 fois aux prises avec des bassins de 7 à 10 cent. de diamètre conjugué vrai. Dans ces 52 cas l'enfant était vivant et l'examen démontrait qu'une seule opération, la césarienne, permettrait de l'extraire vivant. Or, dans 17 de ces cas seulement (soit 1/3), Léopold, qui est pourtant le plus hardi des césariens, estima les conditions favorables pour tenter par la césarienne de sauver à la fois l'enfant et la mère. Dans les 35 autres cas, soit 2 fois sur 3, il dut se résigner à sacrifier l'enfant, à faire la crâniotomie, tout comme avant la renaissance de l'opération césarienne.

Le tableau n° 1 (pages 228, 229, 230 et 231), résume ces 35 cas.

Or, c'est précisément aux cas semblables à ces 52 de Léopold, et en particulier à ceux dont ne veulent pas se charger les césariens les plus enthousiastes, que s'adresse la symphyséotomie qu'il suffit d'avoir vu faire une seule fois pour comprendre quel abîme la sépare, au point de vue du danger couru par la femme, de l'opération césarienne pratiquée dans les conditions les plus favorables.

C'est, en effet, aux bassins viciés dont le diamètre antéro-postérieur mesure en moyenne 7 centimètres que la division de la symphyse pubienne et l'écartement consécutif des pubis peut faire gagner les dimensions suffisantes

pour laisser passer vivant, sans danger pour la mère, un enfant bien développé que les méthodes actuellement en vogue vouent, dans l'immense majorité des cas, à la perforation ou à une céphalotripsie déguisée par le forceps ou la version.

Rappelons, en effet, qu'en dehors des cas ci-dessus signalés où l'on a eu recours franchement à la crâniotomie, l'extraction par le forceps dans les bassins viciés a donné, pendant la même période de 1883 à 1887, entre les mains de Léopold, une mortalité fœtale de 21 0/0; que Braun, qui faisait presque toujours la version, accusait, pour le petit nombre d'observations où il eut recours au forceps, une mortalité fœtale de 12,8 0/0.

Quant à la version, elle donne des résultats bien inférieurs encore : 39,8 0/0 d'enfants morts ou mourants (Léopold), 28 0/0 (Braun).

J'ajouterai qu'à Vienne et à Paris, où l'on n'admet pas l'indication relative à l'opération césarienne, ce n'est pas seulement, dans les cas semblables aux 52 cas ci-dessus visés de Léopold, 66,6 0/0 des enfants qui étaient sacrifiés jusqu'à présent, mais 100 0/0.

On comprend par là quel gain de vies fœtales pourra donner, sans danger pour les mères qui succombent encore dans la proportion de 10 0/0 à la césarienne moderne, l'emploi raisonné et bien réglé de la symphyséotomie, combinée à l'application du forceps sur la tête première dans les bassins de 7 cent. et au-dessus.

Léopold a si bien compris le coup porté à la césarienne

Tableau N° 1. TABLEAU RÉSUMANT 35 OBSERVATIONS D'EMBRYOTOM

Numéros	Parité	TERMINAISON des accouchements antérieurs	VICIATION PELVIENNE
1	III	1er et 2e accouchements. Perforation.	Bassin aplati, généralem. rétré
2	II	1er accouchement. Perforation.	Bassin plat rachitique généra ment rétréci.
3	VII	1er, 2e et 4e accouchements spontanés, enfants vivants ; 3e et 5e, forceps, enfants vivants, tous morts rapidement ; 6e accouchement, forceps, enfant mort.	Bassin aplati.
4	X	7 premiers accouchements, forceps. 1er enfant mort le premier jour. 4e » le 7e jour. 7e » au bout de 10 minutes. 8e et 9e, perforation de l'enfant vivant.	Bassin plat rachitique.
5	I	Id.	Bassin plat rachit., gén. rétré
6	I	Id.	Id. Id.
7	1	Id.	Id. canaliculé.
8	II	1er accouchement à terme ; perforation.	Id. Id.
9	II	1er accouch. Perforation sur l'enfant vivant.	Id. Id.
10	I	....	Bassin plat rachitique (scolios
11	II	1er accouchement normal.	Bassin scolio-rachit. obliq. rétré
12	I	....	Bassin plat rachit. généraleme rétréci, pseudo-ostéomalaciq
13	II	1er avortement à 5 mois.	Bassin plat généralement rétré
14	V	4 premiers accouchements spontanés ; 2e et 4e enfants mort-nés	Bassin plat rachitique généra ment rétréci, canaliculé.
15	II	1er accouchement perforation de l'enfant ; mort et extraction au forceps.	Bassin plat rachitique.
16	III	1er et 2e accouchements spontanés. Enfants petits, mort-nés.	Bassin plat rachit. génér. rétré
17	I	....	Id.

PHALIQUE, TIRÉES DE LA STATISTIQUE DE LÉOPOLD

Conj. vrai	Prés.	OPÉRATIONS antérieures.	OPÉRATION	Poids de l'enfant sans substance cérébrale.	Issue pour la mère.
6.75	Som.	Acc. provoqué à la 34e semaine environ.	Perforation suivie 14 h. après de cranioclasie.	2750	Guérie
.5 à 6.75	Id.	Id.	Perforation et cranioclasie.	2800	Id.
6.75	Id.	Tentat. de forceps au dehors ; tent. infructueuse à la clinique.	Id.	2830	Id.
63/4 à 7	Id.	Acc. provoqué à la 37e semaine.	Perforation et céphalotripsie.	2610	Id.
7	Id.	Tentative de forceps.	Perforation, cranioclasie, céphalotripsie, etc.	2590	Id.
7	Id.	Introd. d'une bougie.	Perforation et cranioclasie.	2400	Id.
7	Id.	Acc. provoqué à la 38e semaine.	Id.	2480	Id.
7	Id.	....	Id.	2680	Id.
7	Id.	....	Perforation et cranioclasie (la fem. ayant refusé la césar.)	2940	Id.
7	Id.	....	Perforation et cranioclasie.	2740	Id.
7	Id.	....	Id.	2510	Id.
7 à 7.5	Face.	....	Perforation, cranioclasie, extraction avec le crochet.	2400	Id.
7.25	Som.	....	Perforation et cranioclasie.	3290	Id.
7.25	Id.	....	Id.	3400	Id.
7.5	Id.	Tentat. infruct. de forceps et de version.	Perforation et céphalotripsie.	3050	Id.
7.5	Id.	....	Perforation et cranioclasie.	3100	Id.
7.5	Id.	Tent. infr. de version.	Id.	2800	Id.

Numéros	Parité	TERMINAISON des accouchements antérieurs	VICIATION PELVIENNE
18	I	....	Bassin plat rachit. génér. rétr
19	II	1er accouchement forceps, enfant mort.	Bassin plat généralement rétr
20	V	1er accouchement (?) 2e, 3e, 4e avortements, l'enfant actuel est d'un autre père.	Bassin plat rachitique généralement rétréci, canaliculé.
21	II	1er accouch. spontané, lent, enfant vivant.	Bassin plat généralement rétr
22	IV	1er accouch. Perforation (enfant de 2800). 2e accouchement spontané (enfant de 3270). 3e accouchement forceps (enfant de 3070, mort le 7e jour d'hémorrhagie méningée).	Bassin plat rachitique.
23	I	....	Bassin plat généralement rétr
24	II	1er accouchement spontané.	Bassin plat rachit. gén. rétr
25	II	1er accouchement forceps, enfant vivant.	Id.
26	VI	3e accouchement spontané, enfant vivant. 1er et 5e, forceps. enfants vivants (1er mort après 3 semaines), 2e et 4e, perforation.	Id.
27	VI	5 accouch. spontanés, à terme, enf. vivants.	Id.
28	II	1 avortement.	Id.
29	I	....	Bassin généralement rétréci.
30	I	....	Bassin plat rachit. gén. rétr
31	I	....	Bassin généralement rétréci.
32	I	....	Bassin plat généralement rétr
33	I	....	Bassin généralement rétréci.
34	I	....	Bassin normal.
35	II	1er accouch. extr. du siège. enfant mort.	Bassin généralement rétréci.

Conj. vrai	Prés.	OPÉRATIONS antérieures	OPÉRATION	Poids de l'enfant sans substance cérébrale.	Issue pour la mère.
à 7.75	Som.	....	Perforation, et cranioclasie.	2780	Guérie
7.5	Id.	Tentat. infruct. de version et de forceps.	Perforation, cranioclasie, céphalotripsie, extraction avec le crochet mousse.	3410	Id.
.75	Id.	Tentat. infruct. de version et de forceps.	Perforation et cranioclasie.	2800	Id.
7.5	Id.	Tentat. infruct. de forceps au dehors.	Id.	3010	Id.
8	Id.	2 tentat. de version.	Id.	3240	Id.
8	Id.	Tentative de forceps.	Id.	3430	Id.
8	Id.	....	Perforation, cranioclasie, céphalotripsie.	3020	Id.
.75 à 8	Front.	....	Perforation et cranioclasie.	2600	Id.
8	Som.	Tentative de forceps.	Perforat., craniocl., céphalot.	3710	Id.
8	Id.	Tentative infruct. de version et de forceps.	Perforation et cranioclasie.	3000	Id.
8	Id.	Tentative de forceps.	Id.	2930	Id.
8	Id.	Tentat. infruct. de version et de forceps.	Perforat., craniocl., céphalot.	3150	Id.
8	Id.	....	Perforation et cranioclasie.	2950	Id.
8.5	Id.	Tentative de forceps.	Perforation et céphalotripsie.	3530	Id.
8.5	Id.	Id.	Perforation et cranioclasie.	2700	Id.
10	Id.	Reposition du cordon.	Id.	3550	Id.
....	Id.	Tentative de forceps.	Perforation, cranioclasie, céphalotripsie et cranioclasie.	3300	Id.
9	Id.	Id.	Version et céphalotripsie.	3840	Id.

conservatrice à indication relative par la renaissance de l'opération de Sigault, qu'il fait précéder des réflexions suivantes deux observations de symphyséotomie pratiquées par lui les 25 mai et 29 juin derniers :

« Plus croissait le nombre des opérations césariennes faites par moi dans ces dernières années et moins ces opérations me satisfaisaient, en dépit des bons résultats obtenus pour les mères et pour les enfants.

« L'ouverture de deux voies absolument contre nature (abdomen et utérus), si nécessaire dans les cas à indication absolue, m'est toujours apparue comme un pis aller hasardeux dans les cas à indication relative; et toujours mon attention se reportait sur les moyens permettant d'utiliser les voies naturelles.

« Les résultats remarquables obtenus, dans ces derniers temps, par la symphyséotomie dans les cliniques de Morisani à Naples et de Pinard à Paris, m'engageaient à l'entreprendre, moi aussi, dans les cas appropriés, afin de me faire une opinion personnelle sur cette vieille opération si longtemps excommuniée. Sur ces entrefaites j'eus l'occasion de la pratiquer chez deux multipares dont les bassins étaient justiciables de l'opération césarienne à indication relative. J'eus recours dans les deux cas, comme succédané de la césarienne, à la symphyséotomie. Le résultat fut parfait pour les mères et les enfants : la symphyséotomie m'a paru facile à exécuter et sans comparaison possible, quant aux dangers qu'elle peut comporter, avec la césarienne ou une laparotomie. Je suis actuellement d'avis que, quand ni le forceps ni la ver-

sion ne sont praticables, la perforation de l'enfant vivant et l'opération césarienne à indication relative doivent céder le pas à la symphyséotomie.

« Mon impression est que le champ de l'opération césarienne doit être considérablement réduit et restreint aux cas d'indication absolue, c'est-à-dire aux bassins de 6 cent. et au-dessous lorsque le fœtus est à terme. La mortalité, après l'opération césarienne est et reste plus grande qu'après la cranio tomie et la symphyséotomie, et cela en dépit de quelques statistiques particulières où elle oscille de 0 à 5 0/0. »

Après cet aveu du plus autorisé défenseur de la césarienne, la symphyséotomie a cause gagnée.

III

Ce que l'on peut gagner, grâce à un écartement pubien de 6 centimètres, aisé à produire, saute aux yeux dans les deux figures ci-jointes (fig. 1 et 2), construites par M. Farabeuf pour schématiser les résultats que nous avons, après bien d'autres expérimentateurs, obtenus sur le cadavre et que l'on doit mathématiquement obtenir sur la parturiente.

La première de ces figures montre que, dans un bassin de 6 centimètres de diamètre promonto-pubien, l'accouchement prématuré provoqué, combiné à la symphyséotomie, pourra permettre l'extraction d'un enfant viable. Mais c'est là un autre point de la question que je ne veux pas aborder aujourd'hui.

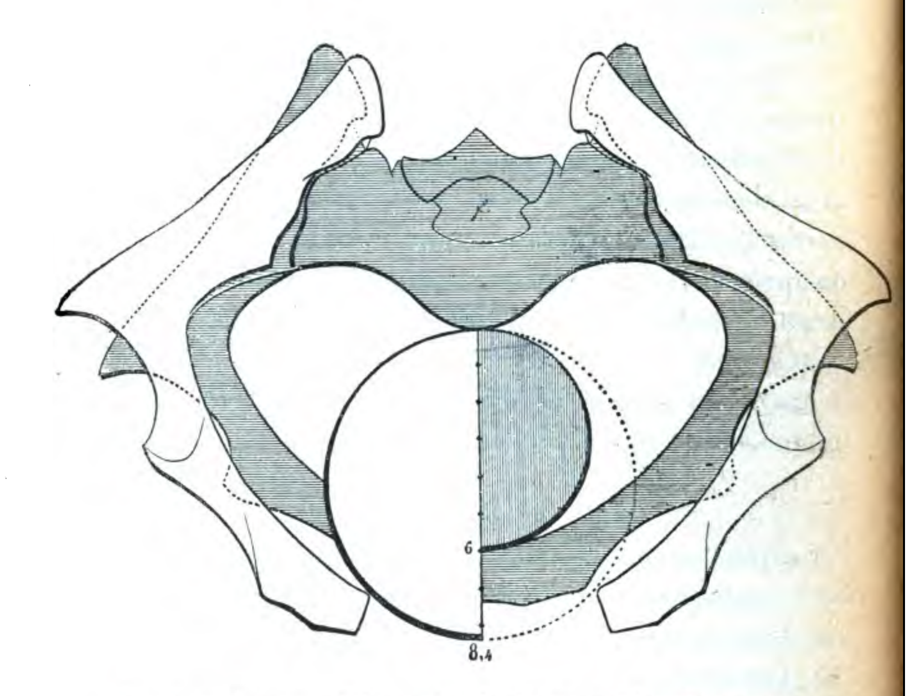


FIG. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur d'un bassin très rétréci ayant un diamètre promonto-pubien de 6 cent. — représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin écarté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact comme 84 : 60. Le volume de la sphère bianche est au volume de la sphère grise : : 310 : 113, presque le triple !

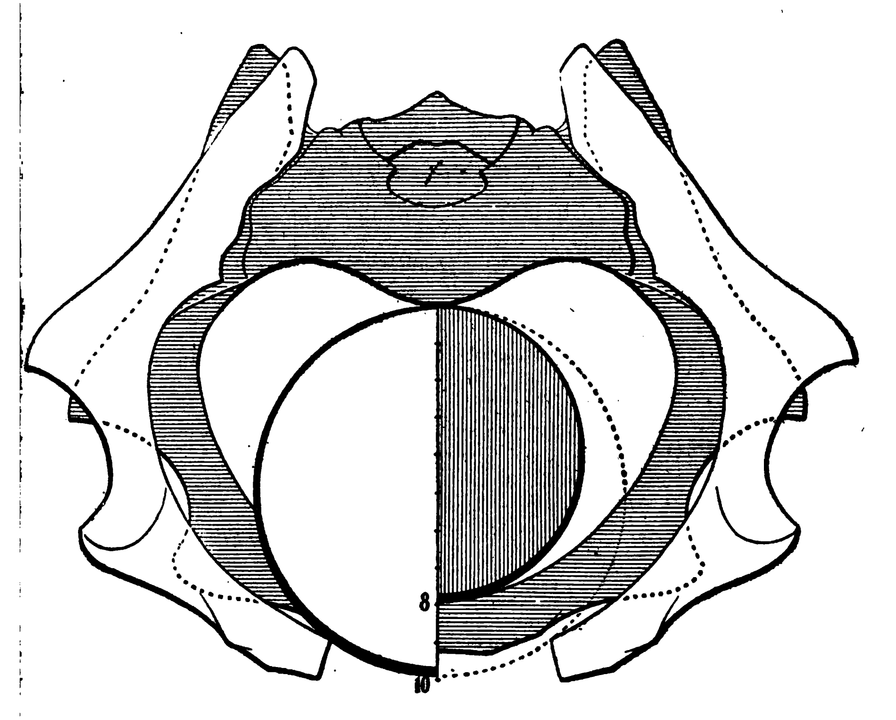


Fig. 2. — Coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin modérément rétréci, ayant un diamètre promonto-pubien de 8 cent. — représenté gris avant la symphyséotomie, blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette opération.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80. Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise : : 488 : 267, presque le double. Autrement : un fœtus de 3000 gr. sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 gr. pour le bassin intact.

Tableau N° 2. TABLEAU RÉSUMANT 18 OBSERVATIONS DE SYMPHYSÉO

Numéros	Parité	TERMINAISON des accouchements antérieurs	VICIATION pelvienne	Conj. vrai ou diam. utile
1	III	2e accouch. prém. spont. à 7 mois. Enfants mort-nés.	....	6,3
2	II	1er accouch. à terme. Céphalotripsie.	....	6,5
3	I	....	Bassin plat rachit.	6,6
4	II	1er accouch. prématuré spont. à 7 mois.	Id.	6,7
5	I	....	Id.	7
6	I	....	Id.	7
7	II	*C'est la femme de l'observ.* 6 *ci-dessus.*	Id.	7
8	I	....	Id.	7
9	IX	7 premiers acc. prém. spont. à 7 mois ; enfants morts. 8e acc. à terme ; symphyséotomie, enf. viv. (Obs. n° 18 de la 3e statistique de Morisani. *Ann. di Ostetr.* 1886, p. 390).	Id.	7
10	I	....	Bassin asymétriq.	7
11	I	....	Bassin plat rachit.	7
12	II	*C'est la femme de l'observ.* 11 *ci-dessus.*	Id.	7
13	II	1er acc. prématuré provoqué à 7 mois. forceps. Enfant vivant.	Id.	7,2
14	II	1er ac. prém. prov. à 8 m. ; forceps. Enf. m,	Id.	7,5
15	III	*C'est la femme de l'obser.* 14 *ci-dessus.*	Id.	7,5
16	II	1er accouch., embryotomie céphalique.	....	7,8
17	III	*C'est la femme de l'observ.* 16 *ci-dessus.*	....	7,8
18	I	....	Bassin plat rachit.	8

TIQUE, TIRÉES DE LA STATISTIQUE DE SPINELLI (*Ann. de Gyn.* Janv. 1892).

RATIONS frieures	OPÉRATIONS finales	Poids de l'enfant	Diamètre bi-pariétal.	Etat de l'enfant	Issue pour la mère
....	Symphyséotomie et forceps.	2100	8,5	Vivant	Guérie par 1re intent.
....	Symphyséotomie et version interne.	3240	9,2	Id.	G. *id.* se lève le 12e j.
....	Symphyséotomie et forceps.	2520	8,5	Id.	G. le 12e j. s.
....	Id.	5000	10	Id.	Guérie
...fr. de forc. ...s. av. l'ent.	Symphyséotomie, forceps, extraction.	2920	9,2	Id.	Guérie
...ls. du cor- ...procident.	Symphyséotomie et forceps.	3080	9,5	Id.	G. le 15e j sort.
....	Symphyséotomie et version.	2600	9	Id.	G. se l. 10e j.
....	Id.	3250	9,5	Viv. mais m. 12 h. ap.	Guérie
....	Symphyséotomie et forceps.	3500	9,7	Vivant	G. se lève le 15e jour
....	Id.	3500	9,5	Id.	Guérie
....	Id.	3050	8,8	Id.	Id.
....	Id.	3160	9	Id.	Id.
....	Id.	2920	8,5	Id.	G. se lève le 13e jour
....	Id.	3050	9,5	Id.	G. le 10e j
....	Id.	3150	9,3	Id.	G. se l. le 8e j.
...infr. du forc.	Id.	3320	9	Id.	Id.
....	Id.	3070	9	Id.	G. se l. le 7e j.
....	Id.	3250	9,5	Id.	Guérie

La seconde figure prouve que dans les bassins viciés de 7 à 8 c. et au-dessus, ceux pour lesquels on faisait le plus souvent la basiotripsie, la symphyséotomie permet l'extraction facile à terme d'un enfant bien développé.

C'est là ce qui nous intéresse tout particulièrement pour le moment et ce que démontrent surabondamment les observations cliniques de Morisani et de Novi que je résume dans le tableau n° 2, (pages 236 et 237).

IV

Le manuel opératoire à l'aide duquel on peut obtenir les résultats que nous venons d'essayer de mettre en relief est simple et ne nécessite pas un appareil instrumental compliqué.

Voici celui que proposait M. Pinard, en s'appuyant sur l'expérimentation cadavérique, et qu'il indiquait dans sa leçon du 7 décembre dernier :

« Je crois que le manuel opératoire italien peut être simplifié et rendu plus sûr ; je suis convaincu que, dans la plupart des cas, la symphyséotomie sera facile ; qu'on peut sectionner la symphyse sans craindre de léser ni la vessie, ni le péritoine, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil instrumental compliqué.

« Ce qui me paraît raisonnable, le voici :

« Je ne repousse pas formellement les instruments

ostéotomes employés ordinairement ; je crois même qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition.

« Mais j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide et pourtant assez mince, suffira et sera préférable dans la majeure partie des cas.

« Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit de hauteur modérée, afin de pouvoir la dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite de la patiente très rapprochée de moi.

« Ayant rasé le pubis et marqué au besoin au cordeau et à la teinture la ligne médiane sterno-clitoridienne, j'inciserais les téguments et la graisse prépubienne attentivement, sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

« Une incision de 8 à 10 cent. me paraît convenir : elle aboutirait au-dessus du clitoris et là seulement elle se dévierait légèrement pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

« Je séparerais alors les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie pour permettre au doigt d'entrer dans la cavité prévésicale, de protéger la vessie et de sentir le bourrelet. Alors, ayant repris notion nette de la ligne médiane, j'inciserais la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

« Si j'en juge d'après le cadavre, quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au besoin je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

« Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin; je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais d'abord de le forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. *Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 cent.*

« Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur. »

Depuis la publication des lignes précédentes, j'ai assisté M. Pinard dans les cinq opérations qu'il a faites, j'ai opéré moi-même deux fois et j'ai pu me convaincre *de visu* et *de tactu* de la simplicité et de l'innocuité de ce manuel opératoire.

Redevenir accoucheur signifie, dans la pensée de mon maître, terminer l'accouchement par une application de forceps régulière au détroit supérieur. Je me rappelle ici,

qu'avant la renaissance de la symphyséotomie, nous préconisions chaleureusement l'emploi du forceps au détroit supérieur rétréci alors que l'école allemande se prononçait de préférence pour la version. Aujourd'hui que la section de la symphyse pubienne fait disparaître les derniers inconvénients du forceps dans les bassins viciés il ne peut plus y avoir de discussion : l'application de forceps est l'opération de choix ; l'extraction tête dernière n'est plus qu'un pis aller et l'on n'y doit avoir recours que contraint et forcé par les circonstances (présentation du siège ou de l'épaule irréductibles par suite de la rupture prématurée des membranes).

Quelles étaient en effet les seules objections que l'on pût faire à l'emploi du forceps régulièrement appliqué dans un bassin vicié ? Celles-ci, que M. Farabeuf et moi nous avons longuement exposées, avec figures démonstratives à l'appui, dans le chapitre intitulé : « Le levier combiné avec la traction de l'*Introduction à l'Étude clinique et à la pratique des accouchements* (p. 452 et suivantes) :

1° Le forceps s'oppose à l'accomplissement du mécanisme normal à cause de sa branche postérieure qui, pontant l'excavation du sacrum, rend inutilisable cette concavité où se loge dans l'accouchement spontané le versant postérieur de la tête.

2° Si la tête passe dans ces conditions ce ne peut être, pour peu que le rétrécissement soit prononcé, que grâce

à une réduction forcée et dangereuse. Cette réduction porte au maximum sur le pariétal antérieur dans lequel l'arc antérieur du bassin, la symphyse pubienne, enfonce la cuillère antérieure du forceps. La résistance de l'arc pelvien antérieur transforme trop souvent le forceps au détroit supérieur en un véritable céphalotribe.

La symphyséotomie a précisément pour effet de supprimer cette action désastreuse de l'arc antérieur pelvien. Voyez en effet la figure 2, page 235 : l'écartement des pubis porté à 6 centimètres permet à la cuillère antérieure de loger le point culminant de sa convexité à 10 centim. du promontoire dans un bassin de 8 ; plus de résistance pubienne et par suite plus de compression mortelle. Le forceps cesse d'être un instrument de réduction, rôle pour lequel il n'est pas fait ; il conserve tous ces avantages, qui sont incontestables, il en acquiert même de nouveaux comme instrument de traction.

Il va de soi que pendant l'extraction du fœtus l'aide qui a le soin de la plaie symphysienne doit surveiller attentivement l'écartement pubien et le mesurer.

Dès que le fœtus est extrait les aides qui maintenaient les cuisses dans l'abduction les ramènent dans l'adduction ce qui déjà rapproche notablement l'un de l'autre les pubis écartés par le cathétérisme vésical et le toucher vaginal de l'intégrité des parties molles antérieures du pubis. Une injection vaginale antiseptique et très chaude est faite ; lorsque le placenta commence à s'engager on l'extrait en

combinant la traction sur le cordon et l'expression.

La délivrance étant faite les aides portent les cuisses étendues dans l'adduction forcée et font effort pour mettre les pubis au contact. La plaie est lavée à l'eau phéniquée forte et suturée au fil d'argent : trois sutures profondes, prenant toutes les parties molles prépubiennes et des sutures superficielles en nombre variable suivant l'étendue de l'incision. La plaie suturée est saupoudrée d'iodoforme et recouverte d'une large compresse de gaze iodoformée maintenue par de l'ouate. Un bandage de corps en flanelle, bien serré, complète le pansement. Une immobilisation d'une dizaine de jours dans une gouttière de Bonnet est utile mais non indispensable. Il est bon de maintenir l'accouchée au lit pendant trois semaines.

Lorsque l'opération a été faite antiseptiquement la plaie symphysienne réunit par première intention.

Les sutures sont enlevées vers le 9e jour.

Les suites de la symphyséotomie sont simples :

Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau n° 2 (p. 236) pour se convaincre de l'innocuité de l'opération. Toutes les femme opérées par Morisani et Novi ont survécu ; il en est de même de celles au nombre de 11 qui ont été opérées à Paris depuis le mois de mars par M. Pinard et ses élèves (8), par M. Tarnier (1) par M. Porak (2) et en Allemagne par Müllerheim (de Strasbourg) et Léopold (de Dreeds). Non seulement toutes ces femmes ont guéri, mais elles

marchent comme avant l'opération ; il en est qui ont pu se lever dès le 10e jour.

Quant aux désordres du côté de l'appareil urinaire, tant redoutés des contemporains de Sigault, nous ne les avons observés dans aucun cas et les observations publiées depuis celle de M. Pinard n'en font aucune mention.

Je sais bien que dans la statistique de Morisani, revue par Caruso, il est parlé de quelques cas suivis de fistule vésico-vaginale. Mais il n'est pas démontré que ces fistules soient le résultat de la symphyséotomie. L'opération en question est souvent faite pour terminer un accouchement traînant en longueur ; or en pareil cas, sans symphyséotomie, la production des fistules vésico-vaginales est encore singulièrement fréquente chez nos voisins. Je n'en veux pour preuve que ceci : j'ai reçu il y a un mois environ un extrait du Bulletin de l'Académie médico-chirurgicale de Naples intitulé : *La prima centuria di Donne operate di fistole uro-genitale*, par le professeur O. Morisani. Il est déjà surprenant pour qui connaît un peu la pratique des hôpitaux français d'entendre un chirurgien parler de cent femmes opérées, de fistules uro-génitales. Mais voici qui est fait pour surprendre plus encore : 50 de ces femmes ont été traitées par Morisani en moins de 8 ans. Dans un pays où la fistule vésico-vaginale est à ce point fréquente dans les accouchements laborieux non traités par la symphyséotomie, il n'est pas besoin de

chercher dans la section de la symphyse l'explication des fistules observées après cette opération.

En résumé : L'efficacité de la symphyséotomie au point de vue de l'agrandissement des bassins rétrécis, l'absence de toute réaction générale et locale consécutive à l'opération, la rapidité de la réunion des pubis, la restitution ad integrum de toutes les fonctions du pelvis, sont autant de points dont la démonstration est faite aujourd'hui. Perforation, céphalotripsie, basiotripsie de l'enfant vivant sont des termes qu'on va pouvoir enfin rayer du vocabulaire obstétrical.

H. VARNIER.

FORMES CLINIQUES DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC CHEZ LES ENFANTS (*Suite.*)

Des exemples de la dilatation de l'estomac à forme dyspeptique, se caractérisant surtout par des *crises de vomissements*, ne sont pas rares.

Un point qu'il serait intéressant d'élucider chez les enfants qui présentent ces crises, c'est l'état du chimisme stomacal au moment où elles se produisent ; les recherches récentes sur l'hyperchlorhydrie paroxystique et sur l'hypersécrétion gastrique chez l'adulte permettent de supposer que des états analogues existent dans l'enfance. Mais les quelques travaux publiés sur le chimisme stomacal

chez les enfants n'ont pas jusqu'ici, à ce qu'il me semble, une grande portée et ne sont pas relatifs à des cas de ce genre ; on paraît s'être surtout attaché à étudier le chimisme stomacal des nourrissons; or la dilatation vraie de l'estomac, la dilatation chronique est, suivant moi, très exceptionnelle chez les enfants du premier âge. C'est la distension qu'on rencontre surtout chez eux, et si cet état est capable de causer des troubles mécaniques et réflexes (anhélation, dyspnée, insomnie, etc.), — s'il est de nature à produire passagèrement les effets d'inflammation gastrique par stagnation des résidus alimentaires et d'auto-intoxication par résorption des corps chimiques nocifs qui s'y développent au cours des fermentations microbiennes, — il n'affecte pas habituellement la marche d'une intoxication chronique.

Observation IV

J'ai été consulté pour des crises de vomissements survenant par accès de quelques heures ou de quelques jours chez une jeune fille de 14 ans, qui, issue de père et mère gastropathes et névropathes, élevée au biberon, a toujours eu des régurgitations après les repas et des signes de dyspepsie. Dans l'intervalle des crises de vomissements on relève chez elle l'anorexie, une sensation de barre épigastrique après les repas, une diarrhée fétide le matin. A l'approche des crises l'haleine devient fétide, la langue, qui n'est jamais nette, se couvre d'un enduit plus épais ; des névralgies intercostales se font sentir dans divers espaces, surtout les plus infé-

rieurs et symétriquement, comme l'ont indiqué Chantemesse et P. Le Noir.

Les vomissements qui sont d'abord alimentaires, deviennent ensuite bilieux et muqueux ; l'enfant ne rejette qu'au prix de grands efforts le contenu gastrique ; elle est épuisée au bout de peu d'heures et tombe dans un état de torpeur semi-comateuse.

Quand la crise est finie, elle est amaigrie, hâve, incapable d'effort physique ni intellectuel, mais l'appétit se réveille impérieux, presque excessif et même boulimique (argument en faveur d'une hyperchlorhydrie), et peu à peu les forces reviennent ; mais, dès que l'enfant recommence à bien manger depuis quelques semaines, une crise nouvelle survient qui lui fait reperdre ce qu'elle avait regagné. Elle reste en définitive toujours maigre; sa colonne vertébrale s'incurve en avant par asthénie des muscles des régions cervicale et dorsale.

Cette fillette a des bronchites fréquentes, de la pharyngite chronique à poussées subaiguës. Son cœur est impulsif, palpitant au moindre effort pendant les digestions ; de temps en temps on perçoit un léger souffle extra-cardiaque. Le clapotage gastrique est perçu à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au bout de quelques semaines de régime, les crises de vomissements sont devenues de plus en plus rares ; elles ne reparaissaient qu'après quelques écarts. L'état général s'est amélioré parallèlement à la disparition des phénomènes dyspeptiques.

Chez cette malade je n'ai pas trouvé le foie tuméfié au moment des crises gastriques. Mais j'ai observé d'autres

enfants gastrectasiques avec congestions périodiques du foie, ayant de la teinte subictérique, des flux diarrhéiques bilieux en même temps que les vomissements. C'est là une forme dyspeptique *hépatique* autant que gastrique.

Observation V

Le 25 mai 1888, j'ai vu une fillette de 10 ans, qui m'était adressée par mon maître M. Jules Simon pour des troubles dyspeptiques. Élevée au biberon, elle avait eu dès la première année de sa vie des alternatives de diarrhée et de vomissements, et toujours son teint avait été jaunâtre. Vers 3 ou 4 ans elle se plaignit fréquemment de douleurs d'estomac survenant après les repas, accompagnées de vomissements et d'une accentuation de la teinte jaunâtre des téguments. Je me suis demandé si, malgré son jeune âge, elle n'avait pas eu de la lithiase biliaire et des coliques hépatiques frustes.

Quand je l'ai examinée, son estomac clapotait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, son foie débordait de 2 travers le rebord costal et il existait à ce niveau une sensation pénible de plénitude.

La langue était couverte d'un enduit gris jaunâtre, l'haleine était fétide, la soif incessante ; les garde-robes, tantôt rares et sèches, ovillées, tantôt liquides d'un jaune verdâtre.

Le régime et les antiseptiques ont rapidement amélioré la situation; la tuméfaction du foie a diminué en même temps que l'estomac recouvrait de la contractilité ; mais j'ai pu constater plusieurs rechutes qu'annonçaient les vomissements, la teinte jaunâtre du visage surtout autour de la bouche et des ailes du nez, le gonflement du foie et les garde-robes bilieuses.

Observation VI

J'ai observé un cas de cette forme hépatique chez un jeune garçon dont l'estomac avait subi une dilatation rapide pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave.

Il est démontré, par les recherches de MM. G. Sée et Mathieu, de M. Bouchard et les miennes, que la dothiénentérie est un facteur puissant de gastrectasie. Le mécanisme de la dilatation gastrique est complexe en pareil cas. Il y a lieu d'incriminer, d'une part, les lésions histologiques de l'estomac, décrites si bien par A. Chauffard, et qui affaiblissent la musculature de l'organe. D'autre part, la grande quantité des boissons qu'on fait souvent ingérer au typhique pendant sa maladie et l'alimentation trop copieuse qu'on lui permet parfois imprudemment pendant la convalescence, produisent d'abord l'atonie, puis la dilatation définitive de l'organe, prédisposé par l'anatomie pathologique. Le processus est encore favorisé dans certains cas par l'hérédité; dans les familles d'arthritiques gastropathes le fait est fréquent. Il m'a été donné d'en recueillir plusieurs exemples.

Pour en revenir au malade dont je parlais, la fièvre typhoïde ayant été grave et une congestion persistante du sommet d'un des poumons ayant persisté assez longtemps pendant l'apyrexie, l'éminent maître qui dirigeait le traitement craignit le début d'une évolution tuberculeuse et insista pour qu'on instituât une suralimentation en règle avec addition de vins généreux. La famille renchérit encore sur les prescriptions médicales, si bien que l'estomac ne tarda pas à se dilater et le foie à se tuméfier insidieusement. L'éveil me fut donné par un symptôme que M. Bouchard a bien décrit, et qu'ont raillé assez témérairement ceux qui n'ont

pas eu l'occasion de le constater. Je veux parler des « *hallucinations de la vue,* qui consistent soit en visions de figures qui se transforment et disparaissent, soit en sensations nettes et systématisées que le malade revoit dès qu'il ferme les yeux. Ces grandes hallucinations de la vue ne sont ni grotesques, ni terrifiantes, elles sont solennelles et silencieuses. Le malade voit défiler lentement des personnages, magistrats, prêtres, anges, ce sont des processions civiles ou religieuses ; dans ces hallucinations systématiques l'ouïe ne joue aucun rôle ; chaque personnage s'approche sans bruit, regarde le patient sans dire un mot et disparaît en silence[1]. — L'exactitude de cette description si précise est pleinement confirmée par le cas dont je parle ; le malade me raconta un jour qu'il était obsédé depuis plusieurs heures par la vue d'un défilé de personnages vêtus de robes violettes, comme des évêques, qui sortaient l'un après l'autre d'un des rideaux de la fenêtre et traversaient lentement et silencieusement la chambre pour s'évanouir par la porte.

J'examinai le foie et l'estomac ; le premier débordait de trois travers de doigt le rebord costal; le second clapotait au-dessous le l'ombilic. Je conseillai d'enrayer la suralimentation qui s'était faite sans méthode; les repas furent moins nombreux et à heure fixe; les vins généreux, les grogs furent supprimés et j'eus la satisfaction de voir disparaître d'abord les hallucinations, puis l'insomnie nocturne qui alternait avec des somnolences invincibles après les repas, de la céphalée, des névralgies intercostales. J'ai revu ce jeune garçon bien des fois depuis cette époque. Il a fait plusieurs rechutes de dilatation gastrique et de tuméfaction hépatique, provoquées chaque fois par des écarts de régime.

A la forme dyspeptique avec crises de vomissements périodiques je rattacherai des cas de dilatation gastrique dans lesquels l'existence de ces vomissements, précédés, accompagnés et suivis de violentes douleurs de tête, d'un certain degré d'obtusion intellectuelle, simulent, en général assez grossièrement, mais quelquefois de manière à embarrasser réellement, les prodromes ou le début d'une méningite.

Voici deux exemples de cette variété que j'appellerai *pseudo-méningitique*.

Observation VII

Une petite anglaise, de 5 ans, fille d'une mère qui traîne depuis plusieurs années dans les villes d'eaux d'Europe une dilatation gastrique intermittente, mais une neurasthénie permanente, présente elle-même une dilatation gastrique manifeste.

Maigre et pâle, languissante, mélancolique, sans appétit et sans sommeil, se plaignant souvent de céphalées, avec une circulation languissante qui se traduisait par une algidité permanente des extrémités. elle faisait à beaucoup de personnes l'impression d'un enfant voué à la phtisie, bien qu'elle ne toussât pas et n'eût présenté aucune tuberculose locale, articulaire ou osseuse. Sa mère était d'autant plus naturellement hantée par la crainte de l'éclosion d'une manifestation tuberculeuse que son mari était mort phtisique.

J'ai été plusieurs fois consulté au sujet d'accidents bruyants qui tranchaient périodiquement sur le fond mono-

tone de l'état de langueur habituel, et la première fois je n'ai pu me défendre de partager les inquiétudes de la mère. Le début de la crise s'annonçait par une violente céphalalgie arrachant des plaintes et des cris, puis une photophobie intense, un refus absolu d'aliments, et bientôt une série de vomissements qui duraient deux ou trois jours, d'abord alimentaires, puis bilieux et muqueux. Au bout de trois jours les vomissements cessaient, le mal de tête diminuait, l'enfant consentait à se lever à s'intéresser à quelque chosé, à manger. J'ai pu suivre plusieurs crises semblables. L'une d'elles s'est accompagnée d'une violente urticaire.

En temps ordinaire, chez cette fillette, l'estomac clapote à l'ombilic; à l'approche des crises il descend d'un ou deux travers de doigt au-dessous.

Observation VIII

Je rapprocherai de l'observation précédente celle d'un garçon d'une dizaine d'années, fils d'un père très arthritique et souffrant de dyspepsie intestinale, d'une mère nerveuse que nul médecin n'a pu débarrasser depuis plusieurs années d'accès de toux hystérique.

Cet enfant sans avoir eu de maladies, est toujours fatigué, maigre, d'un teint jaune. Il mange beaucoup et gloutonnement, avale les morceaux non mâchés. Son haleine est fétide, sa langue habituellement saburrale, ses gencives facilement saignantes. Il a fréquemment de l'acné, de l'herpès labialis, et des poussées violentes d'urticaire fébrile. En dehors même des accès de fièvre ortiée ou herpétique, il a de temps en temps un subit et intense accès de fièvre, 39°,5 et même 40°, que n'explique aucune détermination viscérale; mais son appétit, d'ordinaire vif, devient alors nul; l'enfant

est abattu, accuse de violents maux de tête, a les yeux larmoyants et péniblement impressionnés par la lumière, puis il se met à vomir pendant plusieurs heures, un ou deux jours.

Dans l'intervalle de ces crises l'estomac était atonique et clapotait au-dessous de l'ombilic. Le régime assez sévèrement institué réussissait à espacer les crises ; mais on se relâchait quand on voyait une amélioration notable et la guérison ne fut jamais définitive.

Un beau jour une fièvre typhoïde éclata pendant une villégiature dans une ville où l'eau de boisson était contaminée par le bacille d'Eberth : je n'en fus pas surpris, ayant contribué à faire admettre cette notion que les estomacs des dilatés laissent plus aisément que d'autres passer les microbes de la dothiénentérie (1).

Il y a des enfants à estomac dilaté qui ne se plaignent pas de leur estomac, mangent bien et même trop, ne vomissent jamais, mais présentent divers troubles intestinaux. Ce sont des diarrhées subites et paroxystiques alternant avec de la constipation, de la typhlite (qui dans ces cas se distingue assez nettement de l'appendicite), de l'entéro-colite dysentériforme ou glaireuse, muco-membraneuse. C'est là une *forme intestinale* dont j'ai observé de nombreux cas. Le mécanisme en est sans doute l'irritation causée sur les divers segments de la muqueuse intestinale par les résidus d'une digestion stomacale viciée; les acides des fermentations secondaires (butyrique, acétique, etc.), les alcaloïdes

(1) *Dilatation ae l'estomac et fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 1886. G. Steinheil, éditeur.

fabriqués par les microbes qui pullulent au sein de la masse chymeuse et chyleuse en fermentation.

Les enfants, dont le tube digestif recèle ainsi plus de poisons qu'il ne convient, présentent des signes d'auto-intoxication multiples.

Les appareils tégumentaires deviennent chez eux le siège de manifestations les unes vaso-motrices érythémateuses (érythèmes toxiques), d'autres glandulaires (acné, orgeolets), de dermatoses par élimination de substances irritantes (eczéma), d'infections secondaires suppuratives (furonculose, ecthyma), ou mycosiques comme le pityriasis versicolor. D'où une *forme cutanée,* qu'il est important de connaître. Car, pour guérir ces diverses manifestations cutanées et surtout pour en prévenir le retour, il faut soigner la dilatation gastrique. Il faut déblayer l'intestin et y faire circuler les antiseptiques.

M. Séjournet a parlé, dans l'*Union médicale de l'Est, d'adénites* de la région cervicale, qui suppureraient 2 fois sur 3 et qui seraient la conséquence d'une auto-intoxication, chez des enfants ayant l'estomac en état de dilatation habituelle.

Un des appareils de l'économie le plus souvent influencés par l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale est le *système nerveux.* On doit admettre une *forme névropathique* de la dilatation gastrique. Les *terreurs nocturnes* sont souvent explicables par une dilatation gastrique, et non pas seulement par suite de la dyspnée que provo-

que mécaniquement une distension excessive du ventricule. Je ne méconnais pas d'ailleurs les autres causes qui peuvent être fréquemment aussi en jeu (tumeurs adénoïdes ou hérédité névropathique).

La *céphalée,* les *migraines,* les *névralgies intercostales,* l'*apathie* intellectuelle, le dégoût du jeu comme du travail, la *sensibilité excessive au froid* trahissent souvent le désordre apporté au fonctionnement de divers centres nerveux, encéphaliques, spinaux ou sympathiques.

J'ai vu un remarquable cas de *manifestations hystériformes* convulsives et psychiques chez une petite dilatée qui disparurent uniquement par le régime au fur et à mesure que les fonctions digestives se régularisaient.

Je ne doute pas que des *bronchites* fréquentes, tenaces, avec sibilances très accusées, avec *état asthmatique,* qui s'observent chez certains enfants, ne soient commandées par l'état gastrectasique. J'ai vu en effet le traitement antibronchitique ordinaire, les balsamiques, les révulsifs, ne pas agir sur ces bronchites aussi bien que l'évacuation de l'estomac, l'emploi des antiseptiques ; l'ipéca et le calomel valent parfois mieux que le tolu et la terpine. Telle est la *forme bronchique.*

Je veux faire une place à une *forme consomptive* dans laquelle les enfants maigrissent, s'anémient et s'étiolent, sans qu'on puisse trouver de cause à cette cachexie graduelle. Ce n'est plus la forme dyspeptique ; il n'y a ni vomissements, ni diarrhée, ni douleurs, gastriques ou abdo-

minales. Mais l'estomac ne se vide presque jamais dans les intervalles des repas et plusieurs fois par jour un petit train de fièvre s'établit pendant le travail digestif; la paume des mains devient chaude et sèche, ou moite; les pommettes se colorent pendant que le pourtour du nez et de la bouche deviennent d'une pâleur jaunâtre. Ce sont là des petits accès pseudo-intermittents que n'influence pas la quinine, mais que supprime souvent l'antisepsie gastro-intestinale.

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Septembre 1892

SOMMAIRE :

DE L'ACCOUCHEMENT FORCÉ

Accouchement forcé ! Voilà deux mots qui hurlent d'être associés et que ma plume ne trace qu'à regret. Pourquoi donc les écrire? C'est que j'ai reçu récemment une lettre..... anonyme. Comme elle ne commençait ni par « *Un ami doit vous prévenir* », ni par une injure (au contraire) je ne lui ai pas appliqué le traitement préconisé par A. Dumas fils. Je l'ai lue jusqu'au bout ; elle disait :

« Puisque vous permettez à vos lecteurs de vous poser des questions, je veux vous soumettre le cas suivant qui pourrait être le point de départ d'un article intitulé l'*accouchement forcé*.

« Je suis appelé auprès d'une femme à terme ou presque à terme.

Pour une raison que nous n'avons pas à examiner ici, venant soit de la mère, soit du fœtus, il faut faire *très rapidement* l'accouchement. Or *le col nest pas effacé*. Que faire ?

« Je mets de côté les moyens médicaux dont l'action est nulle. Dois-je introduire une sonde (procédé de Krause) ? mais c'est trop long ; un ballon de Tarnier ? mais son action est trop lente et *son introduction peut être impossible*.

« Je ne songe même pas au ballon de Champetier de Ribes *puisque le col n'offre pas la moindre dilatation*.

« Dans ce cas, n'est-on pas autorisé à employer un dilatateur métallique ? Si oui, quel est le meilleur, le plus pratique ?

« Un article pratique sur ce sujet fixerait bien des incertitudes.

« Évidemment je mets de côté les rigidités du col syphilitiques et cancéreuses. *Je ne parle que d'un col normal sain*. Enseignez-nous le moyen de le dilater dans le moins de temps possible avec l'instrument le plus simple, le plus pratique, à la portée de tous. »

Si, par aventure, mon correspondant a pensé m'embarrasser en me poussant la botte de l'accouchement forcé et des dilatateurs métalliques, il a fait blanc de sa plume. Dès longtemps mon siège est fait sur ce point.

Avec mon maître Pinard, je rejette absolumont *l'accouchement forcé*, intervention à ce point discréditée que les Allemands dans leurs traités s'abstiennent de la traduire et nous la laissent pour compte sous son titre français.

Nous rejetons, sans exception, tout les dilatateurs métalliques. Nous n'admettons et nous ne pratiquons, dans les conditions indiquées ci-dessus, que l'**accouchement provoqué accéléré,** à l'aide de ballons dont l'action est identique à celle des facteurs mécaniques de l'effacement du col et de la dilatation de l'orifice, qui sont la poche des eaux et le pôle fœtal. C'est ce que je vais développer.

Mais il nous faut examiner, au préalable, quelles peuvent être les **indications** de cet *accouchement provoqué accéléré*. Je ne suis pas ici de l'avis de mon correspondant : il importe d'examiner les raisons venant soit de la mère soit du fœtus qui peuvent, en dehors de tout début de travail, au cours de la grossesse, alors que le col n'a subi aucune modification (1), nécessiter l'évacuation très rapide de l'utérus. Et cela importe, parce que, quand nous aurons passé ces raisons en revue deux conclusions s'imposeront :

1° Ces indications sont à ce point exceptionnelles qu'elles ne méritent pas d'être une des grosses préoccupations du praticien.

2° La dilatation rapide de l'orifice utérin, acte principal de l'accouchement provoqué accéléré, ne répond qu'à la catégorie la plus rare de ces indications exceptionnelles.

On peut en effet classer sous deux chefs, d'importance très inégale, les cas dans lesquels l'idée de provoquer l'évacuation rapide de l'utérus peut, au cours de la gros-

(1) Voyez in *Revue pratique*, t. III : De la dilatation artificielle de l'orifice utérin *pendant le travail.* Mars 1890; et t. IV : De la rigidité du col de l'utérus *pendant le travail.* Juin 1891.

sesse, se présenter à l'esprit du médecin : dans les uns, les plus nombreux relativement, c'est l'intérêt *de la mère* qui commande ; dans les autres, c'est l'intérêt *du fœtus*.

A un point de vue général, pour que l'on songe, **dans l'intérêt de la mère**, à l'accouchement provoqué accéléré, il faut qu'une maladie créée ou aggravée par l'état de grossesse, détermine des accidents d'une intensité telle que toute thérapeutique médicale ou chirurgicale soit impuissante à les enrayer. La mort est imminente, et seule une action obstétricale précipitée, aussi prompte que possible, semble pouvoir la faire reculer. Il est clair qu'on ne saurait recourir ici à l'accouchement provoqué classique qui implique l'idée d'un travail méthodiquement provoqué, d'une impulsion sûre, mais douce et relativement lente, donnée à la nature qui, de son côté, fait presque tout.

Ces accidents quels peuvent-ils être ?

1° Les hémorrhagies *massives* par décollement prématuré du placenta normalement ou vicieusement inséré ;

2° L'éclampsie.

3° L'*asphyxie* liée à l'urémie ;

» aux accidents gravido-cardiaques ;

» à l'hydropisie monstre de l'amnios ;

» à la présence d'une tumeur abdominale ovarique ou fibreuse, d'une ascite considérable compliquant la grossesse ;

» au goitre suffocant.

En examinant successivement ces trois catégories nous allons voir qu'il y a mieux à faire, pour la plupart

d'entre elles, que l'accouchement provoqué accéléré.

Et d'abord pour les *hémorrhagies massives* par décollement prématuré du placenta normalement ou vicieusement inséré, nos lecteurs savent que la rupture artificielle prématurée et la large déchirure des membranes dans la très grande majorité des cas (1), l'application d'un ballon Champetier dans les cas exceptionnels qui ne ressortissent pas à cette rupture (2), suffisent à conjurer le danger. Quand l'hémorrhagie est arrêtée, peu importe que l'évacuation de l'utérus se fasse immédiatement ou quelques heures plus tard. Ces deux méthodes sont applicables, nous l'avons montré, même alors que le col n'est pas effacé, bien avant qu'il ne soit question de dilatation. Le col des femmes qui perdent du sang présente une mollesse et une perméabilité très grandes; ce sont même ces caractères qui ont, à la suite de Louise Bourgeois, entraîné toute une génération d'accoucheurs à pratiquer le détestable accouchement forcé cause de plus de morts que l'insertion vicieuse du placenta non traitée.

Nous rejetons de même l'accouchement provoqué *accéléré*, à plus de titres encore que l'accouchement provoqué classique, dans les cas d'*éclampsie* survenant au cours de la grossesse, sans début de travail ; sur ce point nous sommes d'accord avec les vieux maîtres français.

Si à une époque où la mortalité des éclamptiques était de 1 sur 3, et où tous les moyens de traitement médicaux

---

(1) Voyez *Revue pratique d'obstétrique*, t. I, avril, mai, juin, juillet, août 1888.

(2) Voyez *Ibid.*, t. V, mai, juin 1892.

étaient d'une inefficacité désespérante, P. Dubois, Depaul, Cazeaux n'hésitaient pas à condamner l'emploi de l'accouchement prématuré artificiel, comment pourrions-nous l'adopter aujourd'hui, avec l'aggravation de l'accélération, alors que par le chloral et le chloroforme nous arrivons à enrayer les accès dans la plupart des cas, alors que nous savons que le fœtus succombe non pas du fait des convulsions de la mère, mais du fait des hémorrhagies placentaires non dépendantes de ces dernières?

Outre que l'évacuation brusque de l'utérus ne saurait faire cesser subitement l'auto-intoxication, cause des accès, qu'elle ne répond par suite à aucune indication pathogénique, les opérations et les manœuvres qu'elle nécessite produisent une excitation qui tend à accroître la force et le nombre des accès. L'éclamptique en état de mal veut être traitée comme le tétanique, chez qui la moindre excitation extérieure peut déterminer un paroxysme.

Reste donc l'*asphyxie.*

C'est l'indication maîtresse. Encore faut-il distinguer parmi les causes qui la produisent.

Qui ne voit en effet que pour l'asphyxie liée à l'hydropisie de l'amnios, point n'est besoin d'accouchement provoqué accéléré?

Ce qu'il importe de tirer au plus tôt ce n'est point le ou les fœtus, mais bien le liquide en excès qui cause les accidents (14 litres dans un cas de Duclos, 32 dans un cas de Baudelocque).

Or la ponction des membranes y suffit et cette ponction

peut se faire sans dilatation artificielle préalable. Par suite en effet de la surdistension de l'utérus, le col est alors effacé et largement béant, *déhiscent* comme dit mon maître.

La seule exception à cette règle est la suivante : l'hydropisie de l'amnios capable de produire des accidents asphyxiques à ce point menaçants qu'une intervention immédiate s'impose, est souvent liée à la grossesse double. Or M. Pinard a rapporté une observation, j'en ai recueilli moi-même une autre, où l'hydropisie siégeait dans celui des deux œufs qui n'avoisinait pas l'orifice. Que faire en pareil cas? Mais la ponction de l'utérus par la paroi abdominale à l'aide d'un appareil aspirateur, comme dans l'observation suivante tirée des registres de Lariboisière et publiée par mon ami Lepage.

Observation I

La nommée C... Marie, âgée de 34 ans, entre le 25 juin 1886 à la Maternité de Lariboisière. Cette femme a eu déjà quatre grossesses normales qu'elle mena à terme. Les quatre accouchements furent spontanés.

Enceinte pour la 5e fois en 1886, elle a eu ses dernières règles le 18 janvier.

Depuis lors elle n'a jamais perdu ni sang, ni eau. Vers le 24 avril, elle remarqua que son ventre prenait un développement rapide, et depuis ce moment continu. C'est depuis cette époque qu'elle éprouve des douleurs très vives au niveau des hypocondres. Ces douleurs sont devenues tellement intenses que depuis un mois cette femme ne peut dormir. Pas de trou-

bles de la miction, sinon que l'urine est moins abondante. Constipation opiniâtre.

La gêne de la respiration qui a débuté en même temps que l'augmentation de volume du ventre est très marquée depuis trois semaines, surtout pendant la marche ou l'ascension d'un escalier. Le développement du ventre et la gêne qui en résulte ont déterminé cette femme à entrer à la Maternité. A l'examen on ne constate ni œdème des membres inférieurs, ni albuminurie.

Le ventre présente un volume plus considérable que chez une femme à terme. Sa conformation est régulière. La circulation collatérale est assez développée sur la totalité de la paroi abdominale, notamment dans la région sus-ombilicale. Pas de vergetures : la peau est luisante, tendue. La dépression ombilicale a disparu.

Par la percussion, on constate de la matité sur toute la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Il n'y a de résonance que dans la région épigastrique et de chaque côté au niveau des flancs.

Le palper ne fait reconnaître aucune partie fœtale le 24 juin, alors que le 21 M. Lepage examinant cette femme, à la consultation, avait obtenu nettement le ballottement et entendu les pulsations fœtales. Mais, depuis ce moment, la tumeur a considérablement augmenté.

Les battements fœtaux sont difficilement perçus.

Par le toucher, M. Pinard constate que le col est ramolli, fortement porté en avant près de la symphyse pubienne, mais que le segment inférieur n'est pas tendu comme il devrait l'être dans un cas de grossesse simple avec hydropisie de l'amnios.

Le palper pratiqué à diverses reprises et plusieurs fois ne permet pas de surprendre la moindre contraction de l'utérus. Il est vrai que la tension de la paroi abdominale est telle

qu'on ne peut nettement délimiter le fond de l'utérus.

M· Pinard constatant que la dyspnée n'est pas très intense et que le principal accident est l'insomnie complète, se contente de soumettre la femme au régime lacté exclusif et prescrit 2 gr. d'iodure de potassium par jour, sans toutefois fonder beaucoup d'espoir sur cette médication. Il n'a recours à aucune intervention, dit-il, car il ne pourrait la préciser, ne sachant encore si c'est une grossesse simple, coexistant avec une tumeur, ou une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un des œufs.

Le seul effet apparent du traitement est l'augmentation dans la quantité des urines. Le 25 juin, la femme urine un litre et demi. L'urine ne renferme ni sang ni albumine, mais les 28 et 29 juin, la quantité retombe à 800 gr. La femme souffre continuellement. Il n'y a pas un instant de sommeil; elle reste debout ou assise nuit et jour, le décubitus dorsal produisant des accès de dyspnée.

Le 30. Les douleurs sont telles que cette femme pleure constamment. Des injections de 1c. de morphine au nombre de trois ou quatre dans les 24 heures procurent seules un peu de soulagement. Orthopnée. La situation devient intolérable et on se décide à intervenir le 1er juillet.

Les mensurations de l'abdomen à ce moment donnent les chiffres suivants :

Circonférence au niveau de l'ombilic.....	109
— à égale distance de l'ombilic et du pubis......................	104
Circonférence à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde............	105
Distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde	33
— de l'ombilic au pubis...........	24
— de l'ombilic aux épines iliaques antéro-supérieures............	28

A l'examen du 1er juillet, le palper pratiqué avec le plus grand soin ne permet de reconnaître qu'un battement léger perçu au-dessous de l'ombilic. Sur toute la région supérieure de cette tumeur énorme on ne perçoit rien. Il est impossible de trouver en un point quelconque, tellement la paroi est tendue, une différence de consistance.

Au toucher, le col est ramolli et le ballottement est facilement perçu. En introduisant son doigt dans le col jusqu'au delà de l'orifice interne, M. Pinard constate que les membranes qui sont en contact avec son doigt ne sont nullement tendues. En présence de ces constatations, M. Pinard ne veut pas rompre les membranes au niveau du col, hésitant toujours entre la grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un seul œuf, et une grossesse simple coexistant avec une tumeur ; il pratique une ponction en enfonçant à 8 centimètres à gauche et au-dessus de l'ombilic, un trocart n° 2 de l'appareil Potain.

Il s'écoule un liquide de couleur citrine; le trocart paraît être libre dans une vaste cavité. Lorsque cinq litres de liquide sont retirés, on voit et on sent l'utérus se contracter et immobiliser le trocart. Puis, au fur et à mesure que l'évacuation continue, on constate l'existence de parties fœtales dans la région supérieure, puis bientôt on peut percevoir deux têtes dans l'utérus. Le diagnostic ne faisait plus de doute. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un œuf. L'aspiration dure une heure environ et permet d'évacuer vingt litres et demi de liquide amniotique.

Après l'évacuation du liquide on met du collodion sur l'orifice de la ponction, puis un bandage avec compression ouatée est appliqué sur le ventre. Pas de vomissements dans l'après-midi ; les urines sont sanguinolentes.

2 juillet : température, 36°,6 ; température du soir, 37°. Urine, 1 litre. La femme se sent très bien.

Le 3. Température, 36°,6. Soir, 37°.

Par le palper, on constate facilement la présence de deux têtes qui ballottent au fond de l'utérus. Mais on n'entend qu'un seul foyer d'auscultation à droite.

Le 7. L'état général est tout à fait bon. La femme demande à sortir le 13 juillet.

A partir de cette époque, le ventre n'augmente plus. La femme marche facilement.

Le 20, à trois heures du soir, se promenant au bois de Vincennes, elle est prise de douleurs, monte en voiture pour revenir à l'hôpital et expulse à quatre heures et demie un fœtus se présentant par le siège, ascitique et œdématié et pesant 1450 gr.

La seconde poche se rompt spontanément à six heures du soir. Le second fœtus est expulsé immédiatement. Il est macéré ; la tête est volumineuse. Il pèse 1000 grammes.

La délivrance se fait spontanément à six heures et demie. Le placenta, très volumineux, forme une masse unique. Une cloison formée par 4 membranes sépare les deux œufs. Les membranes ne sont pas déchirées. Celles qui contenaient le second fœtus sont distendues et présentent à 10 centimètres environ du bord placentaire un orifice arrondi qui répond à l'entrée du trocart.

La femme sort bien portante le 31 juillet.

Dans un cas analogue au précédent : femme de 37 ans, enceinte d'environ 5 mois, à ventre énorme, asphyxiante, ne pouvant plus ni dormir, ni manger, réclamant un soulagement immédiat, M. Tillaux donna par une ponction abdominale issue à 7 litres de liquide amniotique. Après quoi, pensant que la meilleure conduite à tenir était de ne pas mettre le fœtus à sec, de lui laisser assez de liquide pour qu'il fût dans des conditions à peu près normales,

M. Tillaux enleva vivement le trocart et obtura la piqûre au moyen de collodion.

Pour faire cesser les contractions qu'avait excitées la ponction on fit une injection sous-cutanée d'un 1/2 centigramme de morphine et on administra un lavement laudanisé. Ce n'est qu'un mois environ après la ponction que cette femme avorta de deux jumeaux volumineux de 6 mois environ, accompagnés d'une grande quantité de liquide amniotique.

(A suivre.)

UTILITÉ D'UN ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE LA THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

LEÇON D'OUVERTURE D'UN COURS FAIT A L'HOPITAL COCHIN

Existe-t-il une thérapeutique infantile ? Question corrélative à cette autre : Y a-t-il une médecine infantile? Quelques-uns ont répondu négativement, disant que les mêmes lois pathologiques s'appliquent à l'enfance et aux autres âges, que les mêmes moyens d'exploration clinique conduisent au diagnostic et que la thérapeutique diffère seulement par la posologie. — Affirmations spécieuses dont aucune n'est rigoureusement vraie.

Si les mêmes causes morbifiques frappent l'enfant l'adulte et le vieillard, les réactions de l'organisme sont différentes aux divers âges ; or c'est essentiellement dans la manière dont réagit l'organisme que réside la caractéristique de la maladie.

La technique d'exploration clinique usitée pour l'adulte doit être radicalement modifiée pour l'enfant, et déjà, à ce point de vue, réel est l'embarras d'un médecin même instruit qui n'est pas familiarisé avec l'examen des enfants. Il fera cependant son diagnostic, mais certainement après des hésitations, avec une lenteur que lui eût épargnées une préparation spéciale ; hésitations et lenteur qui pourront dans bien des cas porter préjudice au malade en égarant la thérapeutique.

Pour rester sur le terrain de la thérapeutique, ne perdons pas de vue la nécessité d'autant plus impérieuse de faire un diagnostic prompt chez les enfants, que leurs maladies ont souvent une marche rapide et requièrent une prompte intervention. Or, suspendre le diagnostic, c'est se condamner à prescrire une thérapeutique purement symptomatique, humiliante et parfois dangereuse. D'ailleurs, celui qui aspire à être médecin d'enfants, doit développer chez lui certaines qualités, s'il les possède naturellement ; les acquérir, s'il en est dépourvu. Ces trois vertus cardinales du médecin d'enfants sont la douceur, la patience et la fermeté.

La douceur est indispensable : « Quiconque, a dit un des maîtres de la pédiatrie française, voudra soigner les enfants avec succès, si savant qu'il soit, devra avoir les qualités et presque forcément quelques-unes des allures d'une intelligente garde-malade, d'une bonne mère » (Archambault.) Il faut donc aimer les petits enfants : « Car ceux-ci ne s'attachent vite qu'à celui qui les aime

et, une fois malades, c'est à lui seul qu'ils manifestent par signes ou par paroles ce qu'ils éprouvent réellement. » Quand on aborde le berceau ou le petit lit, il faut bannir l'air bourru et croquemitaine. M. H. Soulier rappelle bien à propos dans son récent *Traité de thérapeutique* que Montaigne prédit l'insuccès des « médecins rechignés, là où il en faut de gracieux, gais et agréables ».

La patience, compagne naturelle de la douceur, n'est pas moins nécessaire. Pour bien soigner les enfants, il faut beaucoup de temps, beaucoup plus de temps que pour soigner les adultes. Car l'examen clinique est déjà plus long, et il est en outre indispensable de donner à l'entourage du petit malade les plus minutieuses explications sur le traitement. La patience est la principale qualité des diplomates, et c'est souvent de la diplomatie que nous avons à faire.

Nous devons exercer notre sagacité à reconnaître parmi les personnes qui entourent l'enfant malade celle qui mène les autres ; ce n'est pas toujours la mère, c'est quelquefois une grand'mère, plus souvent une vieille bonne dévouée, mais dont le dévouement, faussé par des préjugés, peut être nuisible. Cette personne, qu'on présume devoir être l'arbitre plus ou moins déguisé du traitement, il est prudent de la sonder pour savoir ce qu'elle pense et, quand on a constaté qu'elle a des idées fausses sur la manière de soigner l'enfant, il est habile de ne pas attaquer de front ses préjugés ; mieux vaut les tourner, c'est-à-dire faire des concessions pour en obtenir.

L'important est donc de discerner, parmi les indications thérapeutiques à remplir, celles qui sont capitales — et qu'il faut obtenir à tout prix, — de celles qui sont secondaires et sur lesquelles seulement peuvent porter les concessions.

Il est souvent indispensable d'expliquer minutieusement, et dans un langage approprié à leur condition sociale, aux personnes qui appliquent le traitement le but qu'on se propose d'atteindre et pourquoi on fait telle chose plutôt que telle autre. Un médecin d'enfants ne peut être un silencieux, avare de ses paroles.

Il doit même autant que possible laisser *par écrit* les indications les plus nettes sur ce qui doit être fait, préciser par exemple non seulement la nature des aliments, mais les heures auxquelles ils seront donnés, ainsi que les heures où seront administrés les médicaments. Aucun détail n'est oiseux en pareille matière.

Par contre, il faut se garder d'un écueil, la multiplicité excessive des recommandations futiles. A vouloir exiger trop de choses des gardes-malades, on lasserait leur patience; on s'exposerait à leur faire oublier les indications de premier ordre; ce serait lâcher la proie pour l'ombre.

Si, dans sa première visite au chevet d'un enfant, le médecin a dû déployer toute la douceur et toute la patience dont il est capable pour amadouer son petit malade et conquérir la confiance de l'entourage, la seconde visite va nécessiter la mise en vigueur de la troisième qualité

dont nous avons à faire preuve et qui doit faire équilibre aux deux premières.

A cette seconde visite constatez-vous que les prescriptions indispensables sur lesquelles vous aviez insisté n'ont pas été exécutées? Alors la patience et la douceur doivent céder le pas à la fermeté. N'hésitez pas à menacer de vous retirer et de cesser vos soins, si vous ne devez pas être aveuglément obéi.

Mais il est important que vous ne protestiez qu'à coup sûr contre l'inexécution de vos prescriptions. La conservation de votre prestige est à ce prix. Vous commencerez donc par vous faire raconter ce qui a été exécuté depuis votre précédent service, vous vous ferez montrer les potions pour vérifier si la quantité convenue a été administrée; vous aurez fait garder les matières excrétées, les langes souillés, les urines, si l'âge de l'enfant le permet; car dans certains cas vous pourrez contrôler l'exécution des prescriptions par l'examen chimique ou micrographique des excrétions.



Ces préliminaires posés, jetons un coup d'œil rapide sur les problèmes que la thérapeutique infantile est appelée à résoudre. Ce qui nous conduira à une énumération succincte et à un examen général des moyens dont nous disposons pour remplir les indications thérapeutiques.

Le médecin d'enfants a naturellement à traiter d'abord les mêmes problèmes que tout médecin. Il doit en premier

lieu chercher à instituer, toutes les fois qu'il le peut, une thérapeutique pathogénique, c'est l'idéal qui peut seul donner pleine satisfaction à notre esprit scientifique et, en analysant avec soin les divers éléments pathogéniques de chaque cas, nous pouvons réaliser de plus en plus souvent cet idéal, en nous inspirant de l'enseignement doctrinal si lumineux de mon éminent maître M. le professeur Ch. Bouchard.

Quand la thérapeutique pathogénique nous est interdite, nous pouvons encore rendre de grands services en instituant avec intelligence et ingéniosité la thérapeutique symptomatique ; nous avons à notre disposition un arsenal médicamenteux de jour en jour plus riche, grâce à l'ardeur avec laquelle des chercheurs infatigables, comme mon autre maître, M. Dujardin-Beaumetz, expérimentent et vulgarisent les innombrables substances nouvelles que viennent offrir au médecin le chimiste et le botaniste.

Mais, en outre, la thérapeutique infantile se trouve en présence de problèmes spéciaux, qu'on peut rattacher, il me semble, à quatre groupes de circonstances :

A. Les phases particulières du développement de l'enfant;

B. L'allure spéciale des maladies chez lui ;

C. Les particularités physiologiques de son organisme ;

D. Le mode d'administration et le dosage des médicaments.

A. Ainsi l'enfant peut être né prématurément ou congénitalement débile; d'où la nécessité de moyens éner-

giques pour le défendre contre l'inanition et le froid (gavage, couveuse, etc.).

Il va traverser avant d'arriver à l'adolescence des phases de son évolution qui sont l'allaitement, la dentition, le sevrage, la croissance, la puberté. De chacune de ces étapes de sa vie découlent des indications thérapeutiques.

Le médecin, digne de ce nom, qui est consulté pour un enfant à l'occasion d'une maladie même insignifiante, doit se préoccuper non seulement de diagnostiquer et de guérir celle-ci, mais son devoir est de s'inquiéter de l'avenir pathologique présumable de cet enfant; car il sait que l'éducation, dirigée d'une certaine manière, permet souvent de faire une prophylaxie victorieuse et qu'une thérapeutique à longue portée peut modifier assez profondément le terraîn organique pour y détruire des germes morbifiques qu'il recèle déjà, mais qui y sommeillent encore.

Nous aurons donc à nous inquiéter du tempérament physiologique (nerveux ou bilieux, par exemple), — des tempéraments morbides ou diathèses (le lymphatisme et la scrofule, l'arthritisme), — des germes infectieux que l'enfant a pu recevoir par hérédité, ou acquérir dès le bas âge.

Les maladies viennent à l'enfant par les mêmes processus pathogéniques généraux que chez l'adulte, tels que M. Bouchard les a si clairement analysés : les troubles primitifs de la nutrition, les réactions nerveuses,

l'infection ou parasitisme, l'intoxication (toxi-infection et auto-intoxication).

Mais, à propos de chacun de ces processus, l'âge du sujet soulève des particularités dignes d'intérêt.

Qu'il s'agisse des troubles de la nutrition hérités et innés, comme les diathèses, que peut-être des conseils médicaux donnés à propos aux procréateurs permettraient quelquefois d'éviter aux enfants ultérieurement procréés, — ou que l'on envisage des maladies de nutrition acquises par des vices d'hygiène, comme l'athrepsie et le rachitisme, — le médecin d'enfants rencontre dans cette voie spéciale des indications thérapeutiques.

Considérable est le rôle des réactions nerveuses dans la pathogénie des maladies de l'enfance (convulsions, spasme glottique, chorées) ; nous avons à chaque instant à les combattre; aussi devons-nous savoir bien manier les moyens hygiéniques et les agents médicamenteux appropriés (hydrothérapie, kinésithérapie, antispasmodiques, etc.).

Si chez l'adulte l'infection a pris de plus en plus le pas sur les autres processus pathogéniques par suite des découvertes de ces dernières années, combien son rôle est plus grand encore chez l'enfant ? Celui-ci est un terrain vierge, ne possédant encore aucune des immunités que confèrent les vaccinations morbides successives. En outre son organisme a tant de portes ouvertes! Je n'ai qu'à citer la plaie consécutive à la chute du cordon, qui peut être l'occasion de l'érysipèle et de la phlébite, les excoriations

des fesses, des talons favorisées par l'irritation des téguments au contact de l'urine et des matières fécales, les dermites eczémateuses provoquées souvent par une alimentation maladroite, mais qu'infecteront secondairement les microbes pyogènes, toujours présents, prêts à engendrer les gourmes impétigineuses, les angioleucites et les adénites. Énorme est donc le rôle de l'antisepsie préventive dans la thérapeutique infantile, comme est énorme le rôle des infections primitives (fièvres éruptives, coqueluche) et des infections secondaires (broncho-pneumonies, otites, adénites).

L'auto-intoxication et les toxi-infections par le tube digestif tenant une des plus larges places dans la pathologie infantile, le médecin d'enfants doit être plus familiarisé que tout autre avec le maniement des agents antiseptiques. Ajoutons que les maladies vermineuses engendrées par le grossier parasitisme animal se voient beaucoup plus souvent chez l'enfant ; c'est à son chevet que nous avons presque toujours à instituer les médications vermifuges.

B. La marche des maladies chez l'enfant est souvent plus rapide que chez l'adulte ; s'il guérit plus vite, il est plus rapidement aussi en danger à cause de la moindre résistance de son organisme. D'où la nécessité d'une thérapeutique active : « Frapper vite et juste » doit être, comme on l'a dit, notre devise.

Le corps de l'enfant, qui use à s'accroître tous les matériaux que l'alimentation lui apporte, n'a presque pas de

réserves. Cette particularité nous fait une loi de le nourrir en toutes circonstances, en nous ingéniant à tourner les difficultés que soulève, dans les maladies aiguës ou chroniques, le mauvais fonctionnement de son appareil digestif. Une surveillance vigilante de l'alimentation s'impose non moins impérieusement pendant la convalescence.

C. L'organisme de l'enfant présente des particularités physiologiques d'où découlent des indications thérapeutiques particulières. Chez lui, par suite de la rapidité de la circulation, de l'activité plus grande des échanges moléculaires, l'absorption est plus rapide ; l'intégrité ordinaire des émonctoires, que n'ont pas encore encrassés les scories d'une longue vie, rend l'élimination plus rapide aussi ; quant à la réaction de l'organisme vis-à-vis des médicaments, par suite de l'impressionnabilité plus grande du système nerveux, de la brusquerie des réflexes vaso-moteurs, plus intense souvent, elle est, d'autres fois, autre que chez l'adulte.

De là certaines règles plus particulièrement applicables à la thérapeutique infantile : l'emploi de doses faibles, mais réitérées, la nécessité de tâter la tolérance individuelle, de s'informer des influences héréditaires, de s'enquérir si l'enfant a déjà pris tel médicament, à quelles doses et comment il l'a supporté. Outre les idiosyncrasies générales propres à l'enfance (belladone, opium, acide phénique, mercuriaux, etc.), il faut tenir compte des idiosyncrasies familiales.

Une difficulté naît d'ailleurs de l'impossibilité où l'on est, pour la première enfance toujours, et même souvent pour la seconde, de consulter les sensations du malade afin d'apprécier d'après celles-ci l'effet des médicaments prescrits; le médecin d'enfants est alors dans la situation du vétérinaire; aussi doit-il mieux connaître que tout autre les actions physiologiques des drogues qu'il administre, se guider sur le pouls, l'état des pupilles, la diaphorèse, la soif, l'excrétion urinaire, etc.

D. Enfin, la thérapeutique infantile diffère de celle des adultes par la nécessité d'approprier le mode d'administration des drogues et la posologie aux particularités physiques et mentales des sujets, à leur poids et à leurs caractéristiques physiologiques. Ce dernier point est celui que personne ne conteste et je devrai le traiter à part ultérieurement avec les développements qu'il comporte.

Je désirais seulement, dans les préliminaires d'aujourd'hui, démontrer qu'il y a lieu d'enseigner la thérapeutique infantile à part de la thérapeutique générale et peut-être y aurai-je réussi par les brèves considérations précédentes.

P. Le Gendre.

TRAITEMENT DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC CHEZ LES ENFANTS

I

On doit d'abord se proposer de PRÉVENIR la dilatation de l'estomac. Pour y réussir, il faut avoir bien présentes à l'esprit les causes de cet état morbide. Parmi ces causes, il y en a de prédisposantes et de déterminantes.

Première enfance. — La prédisposition à la dilatation gastrique, à l'atonie de la musculature du tube digestif est indubitablement *héréditaire dans certaines familles*, et ces familles comprennent des *arthritiques* et des *nerveux*.

Lors donc que l'on est appelé à diriger l'hygiène alimentaire d'enfants issus de souche neuro-arthritique et de parents atteints de gastrectasie, on fera bien de prévenir l'entourage de l'enfant de la nécessité de surveiller de très près cette alimentation.

J'ai dit que la dilatation gastrique vraie, c'est-à-dire l'agrandissement permanent et la perte de contractilité absolue de l'estomac, était exceptionnelle dans la première enfance, c'est surtout la distension passagère et intermittente qu'on observe. Mais cette distension est la première étape de la dilatation; aussi doit-elle être évitée.

Dans les dix premiers mois donc on exigera que ces enfants ne reçoivent que du lait comme aliment, et que ce lait soit donné à intervalles réguliers : toutes les deux heures le jour et toutes les quatre heures la nuit pendant

les trois premiers mois ; — pendant les mois suivants, on espacera de plus en plus les tetées au fur et à mesure que le lait de la nourrice devient plus riche en matières grasses, et que l'enfant plus fort tetera plus longtemps.

On ne laissera pas l'enfant teter jusqu'à régurgiter le lait et à se ballonner l'épigastre. On diminuera la quantité de lait ingérée, en espaçant les tetées ou en diminuant leur durée, dès qu'on notera des vomissements ou de la diarrhée.

On redoublera d'attention au moment du sevrage; les aliments nourrissants sous un faible volume, comme l'œuf, seront préférés aux soupes; les farines préparées, farine de maïs, crème de riz, crème d'orge, le racahout, les pâtes, tapioca, semoule, seront, avec le lait et l'œuf, la base de la nourriture pendant la seconde année. On évitera les panades et le pain qui favorisent la flatulence.

Avant que l'enfant n'ait ses 20 dents, on ne lui donnera jamais de viande.

Pendant la *seconde enfance*, on remédiera toujours très vite aux troubles digestifs, et on tiendra strictement la main à ce que les enfants ne prennent pas l'habitude de manger et de boire à toute heure, au gré de leurs caprices et de leur désœuvrement. Je ne tolère le goûter de l'après-midi que jusqu'à 10 ans.

C'est surtout dans la *convalescence des maladies* que la prédisposition à la dilatation gastrique se trouve réalisée au maximum et la *fièvre typhoïde* est peut-être, de toutes les maladies, celle qui prépare le plus l'estomac à se laisser dilater : d'une part, il y a des lésions de la muqueuse et

de la musculature, puis une diète prolongée, suivie d'un réveil formidable de l'appétit. Cet appétit, conséquence naturelle et utile du besoin de récrémentition, doit être surveillé; les boissons surtout devront être permises avec restriction, et les heures des repas, même si on les multiplie, seront régulièrement espacées. On donnera surtout au convalescent des aliments nutritifs tenant peu de place, poudre ou pulpe de viande hachée, œufs, crèmes, purées.

Une crise fatale à beaucoup d'estomacs enfantins est la *période du collège*. Bien que la nourriture dans les établissements scolaires soit moins mauvaise de nos jours, semble-t-il, qu'elle ne l'était au temps de nos grands-pères, il y a cependant bien des critiques à faire sur la manière dont sont accommodés les aliments qu'on sert à nos enfants, même quand la qualité de ces aliments n'est pas absolument défectueuse.

Les collégiens n'ont pas assez de temps pour manger, et ce temps est mal employé faute d'une surveillance effective des maîtres.

Pas assez de rôtis, trop de ragoûts; pas assez de purées.

Propreté insuffisante de la vaisselle et du couvert.

Pour ces diverses raisons, bien des élèves arrivent à ne manger qu'en récréation et au goûter du pain, qui est souvent trop peu cuit, du chocolat et des confitures frelatées, vendues par des portiers peu scrupuleux, ou une charcuterie suspecte apportée du dehors en cachette par les externes à leurs camarades internes. Il serait bien désirable que les médecins des établissements scolaires pussent avoir une influence plus effective sur les économes et

les cuisiniers de ces maisons, afin d'obtenir d'eux des améliorations dans la manière d'accommoder les mets servis aux écoliers.

II

Quoi qu'il en soit de ce vœu, si la dilatation de l'estomac est réalisée, il faut la GUÉRIR.

Dans la première enfance j'ai dit qu'on avait le plus souvent à combattre seulement la distension : régulariser les heures des tetées, des biberons ou des repas, la quantité et la nature des aliments, combattre les symptômes dyspeptiques par les antiseptiques (salicylate de bismuth, bétol, benzonaphtol, calomel), les alcalins (eau de chaux, eau de Vals, eau de Vichy) ; au besoin évacuer avec la sonde l'estomac et le laver avec l'eau boriquée, tels sont les moyens thérapeutiques dont nous disposons.

Chez les enfants plus âgés, de trois à seize ans, les considérations thérapeutiques que j'ai développées il y a quelques années dans ma thèse inaugurale à propos de la dilatation de l'estomac des adultes, d'après l'enseignement de mon maître, M. Bouchard, sont applicables avec de faibles nuances.

On doit *s'adresser au système nerveux* pour augmenter la contractilité de ce qui reste de fibres musculaires valides ; et les stimulations des diverses parties de ce système pourront indirectement amener à ce point de vue des résultats avantageux. On doit stimuler directement les extrémités nerveuses de la paroi gastrique par les amers et les amers convulsivants (gentiane, colombo, quassia, noix

vomique, teinture de Baumé, strychnine). On doit exciter le système nerveux dans ses expansions cutanées et périphériques : il faut prescrire les frictions sèches, aromatiques, parfois le changement d'air, la cure d'altitude, l'air marin. Il faut faire suspendre les études ou les alléger ; interdire les veilles. La distraction est particulièrement nécessaire pendant les repas.

L'hydrothérapie est très utile : douche froide, chaude, écossaise, faite avec l'eau naturelle, sulfureuse, ou salée.

Les bains sulfureux salés, bains de mer, bains froids, bains de Plombières, peuvent être utilisés. Par ces moyens on ne fait pas rétrécir l'estomac; mais on améliore sa fonction. Avec un mauvais outil, un bon ouvrier peut faire d'assez bon travail, répéterai-je après M. Bouchard.

Je n'ai pas constaté grands résultats obtenus par l'électrisation externe ni interne de l'estomac.

Les inhalations d'oxygène, d'air comprimé peuvent contribuer à exciter l'appétit, à stimuler la digestion.

Surtout, il faut se préoccuper de l'*hygiène alimentaire*. Celle-ci comprend l'ensemble des moyens qui peuvent faire digérer rapidement et empêchent ainsi le séjour des aliments dans l'estomac. Il faut que l'estomac soit distendu le moins possible, le moins souvent, et le moins longtemps possible.

Il faut surveiller l'enfant pour qu'il mastique suffisamment et n'avale pas de trop grosses bouchées ; par conséquent certaines réparations dentaires sont souvent nécessaires. On ne saurait trop surveiller l'hygiène alimentaire pendant la période où la dentition temporaire fait place

aux dents définitives; pendant l'interrègne l'enfant est souvent presque édenté, il lui faut alors des aliments en purée, hachis, etc.

L'enfant doit s'abstenir de tout travail immédiatement après les repas. Un travail, même musculaire, considérable, tel qu'une gymnastique trop ardente, est mauvais; ce qui est utile, ce n'est pas non plus le repos, mais l'activité musculaire modérée au grand air, sans qu'elle soit poussée jusqu'à la fatigue.

L'enfant ne doit rien manger ni rien boire entre les repas. Il faut que ses repas soient assez éloignés, mais pas trop: suivant l'âge des enfants on leur permettra, jusqu'à 10 ans, quatre repas (2 principaux, 2 accessoires alternant) trois seulement passé cet âge.

Les heures pourront être, par exemple, 7 heures et demie du matin, 11 heures et demie, 5 heures et 7 heures et demie du soir, si l'enfant fait 4 repas; on supprimera celui de 5 heures en avançant d'une heure le dernier, si l'enfant n'en fait que trois.

Les repas doivent être peu volumineux, mais substantiels. Il convient de supprimer tout ce qui est inutile en fait d'eau, par conséquent, les aliments liquides. Il faut pourtant le nécessaire en fait de boisson et même un peu plus, parce que l'organisme peut avoir besoin d'éliminer par les urines un excès de matériaux solides, ce qui ne peut être fait qu'à la faveur d'une quantité d'eau déterminée. Or, il ne faut jamais s'exposer à atteindre la limite en deçà de laquelle la dépuration urinaire serait entravée. On n'accordera pas de liquide en dehors des repas;

mais suivant les âges, 100 à 250 grammes de boisson à chacun des deux principaux repas, 50 à 100 gr. aux petits repas du matin et au goûter.

Comme la digestion exige que les aliments soient mouillés, pénétrés par le suc gastrique, il faut qu'ils ne soient pas graisseux. Sans doute l'estomac n'a pas à digérer la graisse, mais celle-ci peut empècher l'estomac de digérer ce qu'il doit digérer, en empêchant la solution d'acide chlorhydrique d'hydrater la viande et les autres substances alimentaires. Ou bien il faut que la graisse soit émulsionnée comme dans le lait.

Les aliments doivent être aussi divisés que possible ; il faut donc prescrire des aliments faciles à mâcher ; pas de viandes dures, mais des viandes froides ou très cuites, braisées, des poissons bouillis.

Il faut écarter autant que possible tout ce qui peut avoir de la tendance à fermenter : l'alcool, qui fournit de l'acide acétique, les substances aigres, certaines parties du pain.

Le vin est assurément défavorable, surtout le rouge, et par-dessus tout le vin rouge pur. On donnera soit le lait pur ou coupé d'eau minérale (Soultzmatt, Alet, Evian, Vals) soit de l'eau additionnée d'un quart de vin blanc, soit de la bière légère.

Dans le pain, il faut permettre la croûte exclusivement ou la mie grillée. Cette particularité tient à ce que la cuisson ordinaire, qui a interrompu la fermentation de la pâte du pain, ne l'a pas arrêtée définitivement ; aussi celle-ci renaît-elle quand l'humidité et la température lui sont de nouveau propices. Dans le pain torréfié, la fermentation est, au contraire, définitivement terminée.

Le premier déjeuner sera peu copieux; un œuf à la coque ou un potage aux pâtes, aux farines de gruau, d'avoine, d'orge, crème de riz, racahout.

Aux repas principaux conviennent les viandes dites de boucherie, froides ou chaudes, tendres, assez cuites, rôties, braisées, les volailles rôties, la poule au riz, les purées de viande, des poissons bouillis, des œufs au lait, des pâtes, le riz au lait, le bouillon, le jus de viande, des purées de légumes au tamis, des fromages, des compotes de fruits.

Comme fruits crus, trois seulement seront permis : les fraises, les pêches et le raisin en rejetant la peau et les pepins. Les autres fruits ne seront tolérés que cuits.

Dans la saison d'été, chez les enfants qui suent copieusement, on pourra augmenter quelque peu la quantité de boisson pour compenser la déperdition de liquide.

Ce régime, tel qu'il vient d'être formulé, suppose encore une assez grande puissance digestive. Dans un certain nombre de cas où la dilatation de l'estomac s'accompagne de dyspepsie chimique, de gastrite catarrhale ou à tendance érosive, ni la viande, ni les végétaux farineux ne sont digérés sans douleur. Que choisir alors? Le régime lacté, à la condition de l'instituer suivant les préceptes posés par Cruveilhier pour le traitement de l'ulcère de l'estomac, à doses fréquentes et aussi petites qu'il le faut pour que la digestion en soit rapide et complète, une tasse de 50 à 150 gr. toutes les deux heures. Le régime lacté est un régime de transition, préparatoire à la cure de la dilatation.

Alors on arrivera par transitions insensibles au régime mixte. On ajoute d'abord un jaune d'œuf à l'une des tasses de lait, puis à plusieurs.

A ce moment, on remplacera, le matin une tasse de lait par un potage au riz, à l'orge, à l'avoine, au gruau, ou aux pâtes, mais en laissant à l'estomac trois à quatre heures pour digérer ce potage. Le soir, la même substitution sera faite à une autre tasse de lait.

Après quelques jours de ces deux légers repas ajoutés au lait, on pourra incorporer un œuf au potage, puis donner un œuf entier ou du poisson, de la volaille froide au repas du matin; — à celui du soir, de la purée de pommes de terre.

A partir de ce moment, on peut aborder hardiment le régime définitif précédemment indiqué.

Quelquefois, dès le début, il peut être nécessaire de sustenter davantage le malade si sa faiblesse est excessive, ou de tromper sa soif. On pourra recourir aux lavements alimentaires de peptones ou aux lavements de boissons.

La poudre de viande peut rendre des services; elle en rendrait davantage si elle n'était pas nauséeuse pour beaucoup d'enfants. Or on ne peut s'affranchir de la connivence du système nerveux dans la cure des maladies de l'estomac : le malade qui avale avec dégoût ne digère pas. Beaucoup d'enfants tolèrent mieux la pulpe très fine de viande cuite.

Pour empêcher les fermentations excessives que la dilatation de l'estomac favorise, nous devons recourir à la méthode antiseptique. Beaucoup d'antiseptiques sont à notre disposition : naphtol β, salicylate de naphtol ou bétol, benzonaphtol, salicylate de bismuth.

L'eau chloroformée est précieuse parce qu'elle est antiseptique et qu'elle calme les douleurs des enfants gastralgiques : on la coupe d'une quantité égale d'eau de tilleul ou d'eau de camomille.

On la donne à la dose de 5 à 50 gr. par jour suivant l'âge.

La dilatation de l'estomac peut s'accompagner tantôt d'hyperchlorhydrie, dont les symptômes sont analogues à ceux de l'adulte, crises gastralgiques vives quand l'estomac est vide et que soulage l'ingestion des aliments, vomissements abondants jugeant les crises tantôt d'hypochlorhydrie.

Dans le premier cas on fera un usage judicieux des alcalins, bicarbonate de soude, craie, phosphate de chaux. Dans le second une quantité variable de la solution suivante sera donnée à la fin des repas :

Acide chlorhydrique............	3 à 4 gr.
Eau............................	1000

Le lavage de l'estomac ne guérit pas la dilatation ; il ne peut que pallier quelques-unes de ses conséquences, les stagnations trop prolongées avec putridité. Mais il rend de réels services quand il s'agit d'estomacs tout à fait flasques, dépourvus de contractilité ou dont la muqueuse est le siège d'un catarrhe très accusé. On fait les lavages avec l'eau boriquée ou naphtolée à 0 gr. 20 pour 1000 ou l'eau de Vichy.

P. LE GENDRE.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Octobre 1892

SOMMAIRE :

DE L'ACCOUCHEMENT FORCÉ *(suite)*.

La même thérapeutique (paracentèse) est, cela va de soi, applicable à l'ascite compliquant la grossesse et produisant des troubles graves de la respiration. Qu'on ait à discuter ensuite les indications de l'accouchement prématuré artificiel pour enrayer la maladie causale si elle est créée, entretenue ou aggravée par la grossesse, je n'y contredis pas. Mais c'est là une autre question que celle dont nous abordons aujourd'hui la solution.

La ponction pourra remédier de même à l'asphyxie produite par un kyste de l'ovaire; bien qu'ici, dans des conditions favorables de milieu et d'assistance, on doive de préférence recourir à l'ovariotomie comme l'ont fait avec succès Pippingsköld, Spencer Wells, Galabin, etc.

Quant au goitre suffocant, est-ce en vidant l'utérus qu'on décomprimera la trachée? Certes la question de l'accouchement prématuré artificiel dans le but d'empêcher un goitre de devenir suffocant pourra se poser; mais si elle se pose vous aurez plus de quelques heures devant vous. Mais si la suffocation existe, est-ce donc qu'en une heure ou deux l'évacuation de l'utérus va provoquer l'affaissement du corps thyroïde? Certes non. Voilà donc encore pour l'accouchement provoqué accéléré une indication de moins.

Bref, nous voici réduits, comme indications maternelles, à l'asphyxie liée à l'urémie et aux accidents gravido-cardiaques.

Il est évident qu'en pareil cas l'utérus gravide approchant du terme, normalement développé, par la gêne qu'il apporte aux mouvements du diaphragme, complique singulièrement la situation, exagère la dyspnée ; on peut espérer en le vidant rapidement, conjurer la mort imminente sans rien préjuger, cela va de soi, de l'issue finale. L'accouchement provoqué s'impose alors presque avec la même urgence que la trachéotomie dans le croup, à titre de traitement symptomatique. C'est ce qui s'est présenté dans les trois cas ci-dessous :

Observation II

E. L..., 28 ans, blanchisseuse, entre à la Maternité de Lariboisière le 3 octobre 1887.

Cette femme, sans antécédents pathologiques, est primipare. Elle ignore à quelle époque elle a eu ses dernières règles, mais se dit enceinte de 7 mois et les renseignements

fournis par le palper sont d'accord avec cette affirmation. Le fœtus, vivant, se présente par le sommet en O.I.D.T.; la tête est amorcée au détroit supérieur.

La grossesse avait évolué normalement jusqu'au 6e mois. A partir de ce moment, L... avait vu survenir un œdème considérable des membres inférieurs et de la face, des maux de tête violents, des vomissements, des troubles de la vue et des épistaxis. Elle n'avait pas consulté de médecin et ne s'était pas traitée. Depuis deux jours elle a dû cesser tout travail; une dyspnée progressivement croissante la force à venir à l'hôpital.

Lorsque nous l'examinons nous constatons un œdème énorme des membres inférieurs, des parties génitales et de la paroi abdominale; la respiration est accélérée, très difficile. La malade ne peut rester un moment couchée. Elle s'assied sur son lit, tend les bras en avant, et fait de grands efforts ; elle veut que sa fenêtre soit constamment ouverte. La température est normale, le pouls à 112. L'auscultation ne révèle rien qu'un peu d'œdème pulmonaire aux deux bases.

Les urines rares renferment une énorme quantité d'albumine (10 gr. par litre). Il n'y a pas d'excitation, mais bien plutôt tendance à la dépression et au coma. La malade ne voit plus clair depuis hier.

On la met immédiatement au régime lacté.

La dyspnée augmente considérablement dans la nuit et dans la journée suivante ; la mort est imminente.

Dans ces conditions, M. Champetier de Ribes, suppléant M. Pinard provoque le 5 octobre l'accouchement prématuré. Un ballon Tarnier est placé à 10 heures 1/2 du matin. Les premières douleurs apparaissent le 5 octobre à 2 heures du soir. A ce moment le ballon Tarnier est retiré et pour activer le travail on rompt artificiellement les membranes. La

dilatation n'est complète que le 6 octobre à 8 heures 1/2 du matin ; à 8 heures 45, expulsion spontanée d'une fille morte dans la nuit, pendant le travail.

Délivrance naturelle aussitôt après sans hémorrhagie.

Les accidents augmentent néanmoins d'intensité. La respiration prend le type de Ch eyne-Stokes, la température qui, pendant le travail, avait monté à 39°, redescend et se maintient à 37° et la femme succombe dans le coma, 24 heures après l'accouchement.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation III

Marie L..., 29 ans, primipare, entre à la clinique Baudelocque le 12 avril 1892, à 10 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Père mort poitrinaire. Mère vivante et bien portante. Une sœur morte de méningite à 2 ans 1/2.

Antécédents personnels. — A l'âge de 10 ans, L... aurait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; depuis lors à deux ou trois reprises, elle aurait eu des poussées de rhumatisme, sans que jamais on se soit occupé de son cœur. Pas d'histoire rénale antérieure.

Réglée à 17 ans 1/2 et toujours régulièrement, elle eut ses règles pour la dernière fois du 1er au 5 août 1891 et perçut les mouvements actifs vers le 5e mois de la grossesse.

Dès le 3e mois de la grossesse (novembre) elle dut aller consulter, pour des battements de cœur, un médecin qui lui ordonna de la digitale. En janvier elle eut des crachements de sang ; les palpitations s'accrurent ; la malade commença à maigrir. Tous les 8 jours environ depuis lors, elle eut des hémoptysies. Il y a 3 mois survint de l'œdème des membres inférieurs. La malade continua néanmoins à vaquer à ses

occupations, malgré des accès de dyspnée assez fréquents. Ce n'est qu'il y a 15 jours qu'un médecin appelé une nuit pour un accès de dyspnée très violent, accompagné d'hémoptysie, pensa à examiner les urines qu'il trouva albumineuses, et prescrivit le régime lacté qui ne fut pas suivi.

Le 11 avril, ce médecin voyant l'état de L... s'aggraver, l'envoie à la Clinique.

A son entrée le 12 au matin, nous constatons : Cachexie; la malade a l'apparence extérieure d'une phtisique à la dernière période. Teinte subictérique. Œdème énorme des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Dyspnée telle qu'il est impossible de pratiquer l'examen dans le décubitus dorsal; L... ne peut rester qu'assise. Arythmie cardiaque. Congestion et œdème pulmonaire aux deux bases, plus prononcés à gauche.

Albuminurie : 10 grammes par litre.

La grossesse est d'environ 7 mois. Le fœtus, vivant, se présente par l'extrémité pelvienne. Pas de début de travail.

Le 12 et le 13 avril L... est gardée en observation, au régime lacté absolu ; le 13, à 5 heures du soir, les battements du cœur du fœtus sont nettement perçus avec leur rythme normal.

Le 14 avril au matin, l'état empirant (orthopnée, tendance syncopale, œdème gagnant les membres supérieurs) je me vois contraint de provoquer l'interruption de la grossesse qui a manifestement provoqué et qui aggrave les accidents ci-dessus décrits.

A 10 heures 1/2 du matin, le col étant ce qu'il est au 7e mois de la grossesse, ayant par conséquent toute sa longueur, incomplètement ramolli, fermé à ses deux orifices, la malade assise au bord du lit (décubitus dorsal impossible), j'introduis dans l'utérus le ballon de Champetier de Ribes, grand modèle. L'introduction est facile après quelques minutes de

dilatation digitale qui ouvre sans grand effort l'orifice externe, le canal cervical et enfin l'orifice interne. Pendant le placement du ballon la poche des eaux se rompt; le liquide amniotique qui s'écoule est coloré en vert par du méconium ; il est clair que l'asphyxie de la mère agit sur le fœtus.

Mon intention était d'abord de laisser la dilatation s'opérer sous l'action des contractions utérines.

Mais à 4 heures du soir, les accès de suffocation étant de plus en plus intenses, la respiration n'étant entretenue qu'à force d'inhalations d'oxygène, la mort étant imminente, je me vois contraint d'accélérer le travail pour vider l'utérus au plus tôt.

A ce moment la dilatation est grande comme une pièce de 1 franc et les bords de l'orifice résistants. En 20 minutes, grâce à une manœuvre qui sera décrite plus loin, j'obtiens la dilatation complète. J'extrais aussitôt le ballon du vagin; immédiatement derrière le ballon issue du cordon qui ne bat plus. Ma main droite, aussitôt introduite dans l'utérus dont l'orifice n'offre aucune résistance, saisit les pieds et j'extrais très facilement une fille de 1395 grammes commençant à desquamer, morte depuis quelques heures et dont les diamètres céphaliques sont les suivants :

O.M	10 c.	BI. P.....	7 c.
O.F	9	BI. T......	6,5
S.O.B.....	8	S.M.B.....	8
S.O.F.....	9		

Immédiatement après je pratique la délivrance artificielle. Le placenta, farci de foyers hémorrhagiques anciens, pèse 295 gr.

Le cordon dont l'insertion est marginale a 64 cent. de long.

Pendant la soirée, dans la nuit et la matinée du 15 l'ac-

couchée n'obtient de soulagement et ne respire qu'en inhalant de l'oxygène.

Elle en réclame sans cesse, l'inhale à pleine bouche ; la sage-femme qui l'assiste, Mlle Roze, m'assure qu'elle a usé 500 litres d'oxygène dans la soirée du 14 et 600 litres dans la nuit et la matinée du 15.

Le 15 au matin l'état s'est légèrement amélioré. Pouls 136; 48 respirations à la minute. Température 37°,8. — 250 gr. d'urine dans la nuit. On peut espacer davantage les inhalations d'oxygène. La malade peut boire un peu de lait. On lui donne 2 grammes de chloral.

A 2 heures du soir, miction de 150 grammes.

A 7 heures les accès de dyspnée reprennent de plus belle et la mort survient, par asphyxie, le 16, à 3 heures du matin.

Autopsie : Environ 300 gr. de sérosité dans la plèvre gauche et 200 dans la plèvre droite. Pas de tubercules pulmonaires. Œdème pulmonaire. Hépatisation rouge des 2/3 du lobe inférieur gauche. Poids des poumons, 1400 gr.

Le cœur est flasque, de coloration feuille morte. Le ventricule droit est dilaté, rempli par un caillot cruorique. Insuffisance tricuspide. Valvule mitrale et une valvule sigmoïde aortique épaissies, indurées. Rétrécissement mitral; on peut à peine passer le petit doigt dans l'orifice. Poids du cœur, 320 gr.

Foie pâle, pesant 1340 gr. Rate petite et dure, 140 gr.

Reins petits, durs, pâles, capsule adhérente. Poids des 2 reins, ensemble, 290 gr.

Utérus normal. Vessie contenant environ 500 gr d'urine.

OBSERVATION IV (MUSSY et WALLICH).

D. B..., âgée de 33 ans, entre le 30 mai 1890 à l'hôpital Tenon, salle Rayer, n° 18, service de M. Moizard.

Antécédents héréditaires : mère morte de tuberculose; père bien portant.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, suivie d'une ostéomyélite qui a laissé des traces au niveau du tiers supérieur du tibia gauche.

Deux accouchements, le premier il y a 4 ans, pénible, terminé par une application de forceps ; le second en décembre 1888, sans accidents mais extrêmement lent.

Actuellement elle est enceinte de 4 mois environ.

Il nous a été impossible de relever dans l'histoire de cette femme une trace quelconque de rhumatisme aigu ou d'affection rhumatismale même légère ayant pu donner lieu à la cardiopathie que l'on observe. Celle-ci paraît remonter à la première grossesse (1886). A ce moment, en effet, la malade a eu des accès d'oppression et de suffocation qui s'exaspéraient au moindre effort, accompagnés de battements de cœur très violents. Elle ne fut pas auscultée. Après l'accouchement tout rentra dans l'ordre.

Pendant la deuxième grossesse mêmes phénomènes mais revêtant un caractère plus aigu; après l'accouchement rémission complète.

Depuis le début de la grossesse actuelle, la suffocation et l'oppression sont devenues très intenses, au point de rendre la marche presque impossible.

A son entrée à l'hôpital, le 30 mai, en dehors des signes subjectifs précités on note une hypertrophie accentuée du cœur; la pointe bat dans le 7e espace intercostal. Le choc

systolique ébranle violemment la paroi et se fait sentir dans toute la région pectorale. Frémissement cataire.

A l'auscultation on perçoit une véritable arythmie des battements cardiaques. Des souffles sans localisation précise couvrent les temps de la révolution du cœur.

Ces signes joints aux signes subjectifs, à la coloration bleuâtre de la face, à la cyanose des extrémités, à l'abaissement de la température (36°,5), à la rareté des urines, à une congestion intense du foie qui dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, font penser à une véritable crise d'asystolie.

Au bout de quelque temps tout rentre dans l'ordre et on constate les signes classiques d'un rétrécissement mitral avec insuffisance.

Les urines plusieurs fois examinées avaient une densité de 1015, et contenaient 5 à 6 grammes d'albumine et 2 grammes de sucre.

La malade reste plusieurs mois dans le service où, malgré le repos et le régime diurétique elle esquisse plusieurs attaques d'asystolie.

Vers le mois de septembre elle a eu sans prodromes autres que quelques troubles oculaires passagers et un peu de céphalalgie, de véritables crises convulsives ; vu l'aggravation subite des accidents Wallich fut appelé à voir cette femme.

Voici la note qu'il nous a remise à son sujet :

« Pendant mon internat à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Champetier de Ribes, je fus appelé par mon collègue Mussy, interne du Dr Moizard auprès d'une femme de son service, atteinte d'affection mitrale et en état d'asystolie. Cette femme était enceinte de 8 mois environ, et ne sentait plus

remuer son enfant depuis le matin. En présence des phénomènes généraux graves observés chez cette femme nous pensâmes qu'il y aurait intérêt à vider promptement l'utérus afin d'apporter une atténuation aux troubles de la respiration. Je plaçai sans difficulté dans l'utérus, au travers du col non modifié, un ballon de Champetier et je restai là en permanence. Dès la première demi-heure le ballon, que je n'avais rempli qu'à moitié, provoqua des contractions douloureuses.

« La tête du fœtus, peu déplacée par le ballon, s'engagea poussant devant elle celui-ci dans lequel j'ajoutai du liquide lentement et progressivement. Je voyais ainsi l'effacement s'effectuer et la dilatation s'opérer. A mesure que celle-ci croissait je tirais sur le ballon de façon à faire descendre au niveau de l'orifice ses parties supérieures, c'est-à-dire ses parties plus larges. J'injectais ensuite très lentement du liquide de façon à gonfler l'appareil. En cas de résistance pour faire descendre le ballon j'enlevais 50 gr. de liquide. Par ces alternatives de gonflement et de dégonflement combinées avec les tractions je parvins, au bout de 2 heures 3/4 à avoir une dilatation complète. Le fœtus fut expulsé immédiatement après le ballon. Il était mort, mais non macéré. La femme fut délivrée presque aussitôt. Il était 9 heures du soir. J'avais introduit le ballon à 6 heures du soir. Trois heures avaient donc suffi pour que cette femme enceinte de 8 mois, sans début de travail, fût accouchée et délivrée.

« Elle éprouva un grand soulagement ; les phénomènes asystoliques s'amendèrent les jours suivants.

« Au bout d'une quinzaine de jours la malade succomba au cours d'une crise convulsive survenue sans prodromes avec abaissement de la température (urémie).

« A l'autopsie, en dehors des lésions cardiaques diagnosti-

quées pendant la vie, on trouva les deux reins volumineux et blancs ».

(*A suivre.*) H. VARNIER.

LE TRAITEMENT DES MALFORMATIONS ANO-RECTALES

Par **A. Broca**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Parmi les questions qui se posent de temps à autre devant tout praticien et qui exigent une solution d'urgence se trouve celle des imperforations anales. Certes, je ne la donne pas pour fréquente, et je sais que, d'après des relevés faits par Trélat à la Maternité on n'observerait ces malformations qu'une fois sur 11,000 accouchements; mais cette proportion, malgré ses apparences, ne correspond pas à une grande rareté, et je n'en donnerai comme preuve que ma pratique personnelle : depuis deux ans, j'en ai vu 6 cas, dont 5 sur des nouveau-nés que j'ai opérés avec plein succès et 1 sur un enfant de 4 ans, que j'ai eu à soigner d'une atrésie secondaire.

Je le répète donc, il ne s'agit pas d'une rareté ; et d'autre part dans les cas de ce genre la vie du sujet est entre les mains du médecin. Et qu'on n'aille pas prétendre qu'on sera toujours à même d'appeler un chirurgien de profession : souvent ce sera vrai, sans doute, mais non toujours,

et il ne sera pas exceptionnel que le médecin, venant après une sage-femme qui aura méconnu la lésion pendant plusieurs jours, arrivé à un moment où il n'y a plus de temps à perdre.

Un des points les plus importants consiste, en effet, à ne pas méconnaître la lésion, à porter un diagnostic précoce et précis, déterminant à la fois l'existence de l'anomalie et sa variété anatomique. Comment donc porter ce diagnostic ?

Le diagnostic de l'existence est d'une simplicité extraordinaire, et cependant il n'est pas rare que la sage-femme, le médecin même, s'y laissent surprendre. Ne comptez pas sur l'ensemble des troubles fonctionnels, sur l'absence du méconium, et moins encore sur les symptômes de l'occlusion intestinale. Si on ne songe à la possibilité d'une anomalie qu'en raison de l'absence du méconium, on perdra une ou deux journées, qui peuvent être précieuses. Ainsi j'ai opéré le 31 décembre, à 9 heures du matin, un garçon né le 29 décembre à 1 heure du matin et chez lequel on ne songea à s'enquérir des fonctions anales que le 30 dans la journée; même histoire m'est arrivée il y a quelques semaines sur un garçon auquel le médecin, en l'absence du méconium, avait ordonné de faire prendre un lavement, et la garde ne trouva point d'orifice où loger la canule.

C'est là, sans contredit, une position délicate pour le médecin ou la sage-femme, que l'on accuse d'impéritie,

et l'on n'a peut être pas tout à fait tort, car ils ont manqué à un précepte formel : *examiner avec soin avant d'emmailloter le nouveau-né, l'état de son périnée et de ses organes génitaux.*

Est-ce à dire que même ainsi le praticien n'aura jamais de surprises désagréables ? Il n'en est rien, et l'on doit savoir qu'il existe des cas dans lesquels, tout étant bien conformé extérieurement, le canal anal se termine en cul-de-sac à une profondeur variable. Mais ces cas sont assez rares pour qu'il ne soit pas raisonnable de donner le conseil d'introduire le doigt, ni même une sonde de femme dans l'anus à tout nouveau-né : avec une inspection attentive, on aura mis toutes les chances de son côté et si le méconium ne sort pas, alors il sera temps d'explorer dans la profondeur.

Cette exploration devra être faite chez tout enfant qui au bout de 24 à 36 heures n'aura pas rendu de méconium, quoique l'anus ait extérieurement sa forme normale. On n'attendra pas les signes de l'occlusion, dont Trélat a tracé un tableau si dramatique. Aussi bien n'est-il pas absolument prouvé que ce tableau se voie souvent en pratique courante : en tous cas, il n'existait chez aucun de mes 5 opérés. L'enfant refuse de prendre le sein, et il vomit les quelques gorgées de liquide, qu'on réussit parfois à lui faire ingérer, mais je ne l'ai jamais vu avoir le ventre notablement ballonné, et surtout avec des anses intestinales dont la saillie serpentine se dessinât sous la paroi

au moment des contractions péristaltiques. Cela aurait-il lieu si, par une incurie extraordinaire, on laissait les choses aller pendant plusieurs jours? C'est possible, mais ce que j'affirme c'est que cela ne doit jamais arriver entre les mains d'un médecin ou d'une sage-femme soigneux.

Immédiatement, donc, dans la grande majorité des cas, au bout de 36 heures au plus dans quelques-uns, le diagnostic de l'existence doit être posé, établi sur une constatation simple et irréfutable. Lorsque l'on a vu quelque chose d'anormal, il est maintenant indispensable d'aller plus loin et de déterminer, avec précision, quel est l'état anatomique des parties.

Les diverses malformations ano-rectales — dont je me garderai bien d'étudier ici la pathogénie — se divisent, au point de vue pratique pur, en 3 variétés : rétrécissements, abouchements anormaux, imperforations.

Les rétrécissements laissent au méconium un passage de calibre extrêmement variable, et il en est même d'assez nombreux qui ne troublent en rien les fonctions pendant les premières années de la vie : il est bien évident que ceux-là vont être passés sous silence. D'autres, au contraire, ne laissent qu'un fin pertuis, gros comme une tête d'épingle : c'était le cas chez deux de mes opérés. Ils peuvent siéger soit à l'anus, soit à la jonction de l'anus avec le rectum, soit plus haut. Ils sont, en somme, au point de vue pratique, très analogues aux imperforations vraies, avec cette différence, toute à leur avantage, que le

fin pertuis, insuffisant à l'évacuation du méconium, sera un guide précieux pour mener à coup sûr dans l'ampoule rectale.

Les imperforations anales présentent deux variétés : dans l'une, la peau du périnée, pourvue ou non d'un tubercule informe, n'est percée d'aucun orifice ; dans l'autre, l'orifice anal existe, mais il n'est pas mis en communication avec le rectum. Dans le premier cas, il y a absence de l'anus, et dans le second, imperforation proprement dite. Le point important à retenir au point de vue pratique est que, dans un cas comme dans l'autre, le rectum peut être développé ou absent, ce qui se caractérise par un fait brutal : au-dessus de la peau ou du cul-de-sac anal, il y a où il n'y a pas d'ampoule rectale dans le petit bassin.

Les abouchements anormaux, enfin, sont constitués par des variétés nombreuses, mais deux seulement ont une fréquence suffisante pour que je les mentionne : 1° les abouchements à la vulve ou au vagin chez la fille ; 2° les abouchements dans l'urèthre, et quelquefois dans la vessie, chez le garçon.

Pour les imperforations, l'intervention chirurgicale immédiate s'impose, cela va de soi ; mais pour les rétrécissements et les abouchements anormaux, il faut établir deux catégories, selon que le passage pour les matières est suffisant ou insuffisant. J'ai déjà signalé ces rétrécissements qui restent latents, jusqu'à un âge assez avancé ; d'autres causent des accidents à la fin de la première

enfance lorsque, le lait ne faisant plus la base de la nourriture, les matières fécales deviennent plus consistantes. Il en est de même pour les abouchements anormaux, et d'une façon générale on peut dire qu'il y a à cet égard une différence fondamentale entre les deux sexes : la plupart du temps, les abouchements vulvo-vaginaux sont larges, constituent une infirmité dégoûtante, mais compatible avec la vie ; chez le garçon, au contraire, les abouchements dans les voies urinaires sont presque toujours insuffisants et exigent une intervention chirurgicale. Ainsi, j'ai opéré il y a quelques semaines un cas de ce genre : l'enfant rendait des gaz par la verge et son urine tachait le linge en jaune, — je dis en jaune, et non point en vert, quoique le méconium auquel je donnai issue par le périnée eût la couleur vert noirâtre normale — mais il refusait absolument de boire et il serait presque certainement mort en quelques jours ; l'orifice de communication laissa passer du premier coup une bougie n° 6, introduite par la verge.

La règle doit être, en somme, de considérer comme imperforation, et partant d'opérer sans aucun retard, tout orifice insuffisant, qu'il soit abouché au périnée ou dans un organe creux du voisinage ; et l'opération doit être identique à ce qu'elle est pour l'imperforation vraie, complète. Ne vous laissez jamais aller à débrider simplement l'orifice trop étroit : la récidive de l'atrésie est fatale au bout de quelques jours. Faites, sans hésiter, une opéra-

tion réglée et radicale. Quelle peut, quelle doit être cette opération ?

Pour prendre une détermination basée sur des motifs réellement scientifiques, il faudrait savoir exactement où se trouve l'ampoule terminale du tube digestif, de façon à l'aborder de parti pris par le périnée, si elle occupe le petit bassin, par l'abdomen, si elle est restée au-dessous du détroit supérieur. Malheureusement, on ne peut, dans bien des cas, arriver sur ce point qu'à des conjectures et non à une certitude.

Bien évidemment, on n'aura aucun doute lorsque, l'anus existant et étant imperforé à sa jonction avec le rectum, la séparation est constituée par une mince membrane que les efforts font bomber et à travers laquelle transparaît la couleur du méconium. De même, lorsque, l'anus n'existant pas, le périnée est large, bien développé, entre des ischions normalement écartés et lorsque, par surcroît, la peau se laisse déprimer facilement par le doigt, recouvrant une poche qui se tend pendant les cris de l'enfant. Chez un de mes opérés il en était ainsi et je n'eus à fendre presque que la peau pour atteindre l'ampoule.

Mais lorsque le périnée ne bombe que d'une façon obscure, lorsque l'écartement des ischions est un peu inférieur à la normale ; ou bien lorsque le doigt introduit dans l'anus bien formé ne sent aucune poussée, aucune dépressibilité ? Dans ces conditions on aura encore des renseignements fournis par l'examen direct de la vessie : introduisez doucement un cathéter et sentez si son bec arrive jusqu'au contact du sacrum, à travers la mince

paroi vésicale, ou si une épaisseur notable, — celle de l'ampoule rectale, — l'en sépare. C'est certainement une constatation utile à faire, d'autant plus que pour opérer il sera souvent sage de repérer, à l'aide d'une sonde, l'urèthre et la vessie, mais ne comptez pas, toutefois, sur une réponse ferme, absolue.

De ces incertitudes résulte qu'en pratique la règle doit être la suivante : *dans tous les cas aller par le périnée à la recherche de l'ampoule rectale,* dont l'absence n'est jamais démontrée avec certitude et ne se rabattre sur l'anus contre nature iliaque que si la recherche a été infructueuse.

Pour explorer le périnée facilement, rapidement, efficacement et sans perte de sang, il faut faire une incision médiane, allant de la racine des bourses — ou de la fourchette — jusqu'au coccyx, en réséquant au besoin le coccyx pour pouvoir monter plus haut, et de la sorte on peut aller sans crainte, à condition de rester bien exactement sur la ligne médiane et d'avoir soin de ménager en avant les voies urinaires, chez le garçon. C'est parfois, en effet, à plusieurs centimètres de hauteur que l'on trouvera l'ampoule.

A cette manière de faire, on a objecté que l'on était encore fort mal instruit sur les rapports du péritoine avec le cul-de-sac rectal et que dès lors on pouvait, d'une minute à l'autre, ouvrir la grande séreuse. Le fait est exact, et est un argument péremptoire contre l'exploration du périnée à l'aide du trocart, prétendu en outre curateur, trop sou-

vent encore employé. On peut poser en aphorisme formel : *n'enfoncez jamais un trocart dans le périnée dans la direction d'une ampoule rectale présumée.* C'est une méthode aveugle, incertaine, incapable de fournir un résultat diagnostic ou thérapeutique de quelque valeur ; et si le péritoine est ouvert il sera impossible d'éviter sa souillure par les matières intestinales.

Il n'en est pas de même pour l'incision franche et méthodique. L'incision du péritoine par un opérateur aseptique n'a pas l'ombre d'un inconvénient ; et quant à la contamination après ouverture de l'ampoule, elle n'est pas à craindre si l'on procède avec soin ; si l'on abaisse d'abord l'ampoule à l'aide d'un fil passé dans sa paroi, ou à l'aide d'une pince, tout simplement ; si alors seulement on l'incise, et si on la suture immédiatement aux lèvres de l'incision cutanée, après avoir fait au besoin quelques sutures perdues, non perforantes, de la paroi à la profondeur de la plaie pariétale.

Cette suture exacte de l'ampoule abaissée est un temps capital de l'opération : elle seule assure la permanence du résultat. En effet, si on n'obtient pas la réunion immédiate entre la muqueuse et la peau, le tissu cicatriciel aura constamment tendance à se rétracter, et l'orifice sera voué à des atrésies continuelles, exigeant des débridements successifs ; ou plutôt on devra recommencer complètement l'opération réglée, de façon à abaisser l'ampoule et à la suturer à la peau, après excision des callosités inodulaires. J'ai vu récemment un exemple des

inconvénients de la guérison par suppuration, chez un garçon de 4 ans, opéré à sa naissance pour une imperforation avec communication uréthrale : il était depuis lors constamment en proie à des crises d'occlusion partielle, combattues par des dilatations, des débridements ; et quand je l'opérai, en juin dernier, je trouvai dans son ampoule, outre une grande abondance de matières fécales dures, de nombreux noyaux de prunelles des haies : or, chacun sait que ces prunelles ne mûrissent qu'en août ou septembre.

Dans une observation qu'il a fait présenter récemment à la Société anatomique, notre collègue Chaput a dit être, en principe, partisan de l'anus iliaque, d'emblée, parce que l'asepsie de la région périnéale est impossible à réaliser exactement. A cette opinion, toute théorique et appuyée sur un fait qui est loin de lui être favorable, on pourrait répondre théoriquement que les matières fécales infecteront la suture cutanéo-muqueuse à l'aine aussi bien qu'au périnée. Mais la pratique rend inutile cette discussion : sur 6 enfants (dont 5 nouveau-nés) que j'ai opérés par voie périnéale et qui ont été pansés avec des compresses de tarlatane boriquée renouvelées par la mère chaque fois que l'enfant s'était sali, j'ai obtenu 4 réunions immédiates totales, 1 partielle et une réunion secondaire, cette dernière chez l'enfant de 4 ans, à périnée cicatriciel.

C'est donc seulement après échec de l'incision périnéale, que l'on n'ait pas trouvé l'ampoule, ou qu'il ait été impossible de l'abaisser, que l'on se résoudra à pratiquer l'anus contre nature abdominal : et ici aucun doute n'est

permis, c'est l'anus de Littre, sur l'S iliaque, que l'on établira. Je n'ai rien à dire sur le manuel opératoire, bien connu, de la colotomie iliaque droite.

Lorsque l'enfant sera rétabli de cette intervention, on pourra, comme Lannelongue l'a conseillé et comme Stephen Paget l'a fait, introduire une sonde dans le bout inférieur de l'anus contre nature et chercher à la faire saillir au périnée de façon à trouver, grâce à ce conducteur, l'ampoule rectale. Mais les cas où cette conduite sera indiquée sont rares, et de plus ils sortent du cadre de la chirurgie d'urgence à laquelle j'ai voulu consacrer exclusivement cet article.

MODES D'ADMINISTRATION — DOSAGE DES MÉDICAMENTS POUR LES ENFANTS

C'est surtout au point de vue du mode d'administration et du dosage des médicaments que les médecins sont embarrassés quand ils n'ont pas l'habitude de soigner les enfants.

L'indocilité des enfants, quand il s'agit de leur faire prendre des drogues, est proverbiale; il y a de l'exagération cependant à la croire générale. Dans la première enfance on fait avaler à peu près ce qu'on veut, parce qu'on ne s'inquiète pas de recourir à la persuasion et qu'il s'agit plus ou moins toujours d'une ingestion forcée. Chez les enfants plus âgés, la répugnance est très variable, elle dépend trop souvent de la maladresse de l'entourage, qui plaint hautement l'enfant avant qu'il ait même essayé

de prendre la potion ou lui suggère la rébellion par des regards apitoyés. Tous les médecins d'enfants ont remarqué que les enfants se révoltent surtout dans les maladies légères où les drogues sont le moins utiles; dans les cas graves, leur soumission redevient au moins égale à celle des adultes.

Il y a d'ailleurs une éducation spéciale à donner aux enfants à ce point de vue en dehors des moments de maladie. De même qu'il est prudent de les accoutumer à se laisser examiner la gorge à la première réquisition quand ils n'ont pas mal à la gorge, — ce qu'ils font alors volontiers comme par jeu — les parents feront bien de les habituer à avaler de temps en temps, quoique bien portants, quelques substances d'un aspect et d'un goût inusités et même peu agréables ; ce sont là de menus conseils que le médecin de famille se trouvera bien de donner à ses clients et qui porteront leurs fruits aux jours de maladie.

Quand il s'agit d'enfants à la mamelle, il y a certains médicaments, s'éliminant par le lait, qu'on peut faire absorber indirectement au nourrisson ; tels sont le mercure et l'iodure de potassium. Cette indication se présente tout naturellement quand il s'agit d'une syphilis héréditaire, la mère étant contaminée.

Il est souvent plus aisé de faire prendre les potions dans un verre que dans une cuiller ; l'enfant, par la brusquerie de ses mouvements, déconcerte la personne qui lui présente celle-ci et en répand le contenu sur ses vêtements et ses draps.

Certains enfants ne sont pas réfractaires au goût d'un médicament même désagréable, si la couleur et l'odeur leur sont dissimulées. On peut utiliser dans ces cas une cuiller à opercule, munie d'un bec assez long pour faire pénétrer le médicament jusqu'à la base de la langue; on peut aussi faire l'obscurité dans la chambre pendant qu'on présente la drogue au bébé.

Enfin, quand ces artifices viennent à échouer, il reste deux partis à choisir : dans certains cas, utiliser une voie d'introduction autre que l'estomac, c'est-à-dire l'intestin ou la peau (lavements, suppositoires, iujections hypodermiques, frictions médicamenteuses); — ou bien faire avaler la drogue de force. Voici dans ce cas la technique à employer : l'enfant est emmailloté étroitement dans une serviette ou un drap, les bras serrés et pendants le long du corps; on pince le nez en levant la tête; on profite du moment où l'enfant surpris entr'ouvre la bouche pour crier et on glisse le bec de la cuiller entre les dents ou les gencives, on l'introduit peu à peu plus avant en l'appuyant sur la base de la langue, puis on fait couler lentement le liquide, qui par l'acte réflexe de la déglutition pénètre dans l'œsophage en glissant sur les côtés de l'épiglotte.

Les médicaments doivent être dissous ou en suspension dans le plus petit *volume d'excipient.* Pour les enfants au-dessous d'un an on formule des potions de 40 à 60 gr. ; — pour ceux de 1 à 5 ans, 60 à 90 gr. ; — au-dessus de cet âge, 90 à 120 gr.

Dans le *choix du véhicule* on cherchera à se rapprocher de la couleur des boissons ordinaires ; ainsi le sirop de groseilles ou de framboises, le vin sucré conviendront aux enfants déjà grands ; le lait peut être utilisé chez les plus jeunes quand il s'agit de médicaments qui n'en modifient guère le goût ni la couleur (magnésie, calomel, manne, bismuth) ; car il serait imprudent d'inspirer aux tout petits le dégoût du précieux liquide qui est leur seul aliment.

Le mélange des médicaments aux aliments est possible dans certains cas. M. J. Simon conseille d'administrer le phosphate de chaux en poudre dans la soupe ; le calomel peut être trituré avec du sucre en poudre. Quand le médicament a une saveur désagréable, il faut le masquer par un *correctif* sucré ; l'odeur est masquée par un correctif aromatique.

Pour l'*administration des potions,* il ne faut pas perdre de vue l'importance qu'il y a à préciser quelle quantité doit être prise en un temps donné. Si on se contente d'écrire sur l'ordonnance : « A prendre par cuillerées à tels ou tels intervalles », on s'expose à constater le lendemain que l'enfant n'a pris que la moitié de la potion ; cependant les parents vous répondront qu'ils ont suivi l'indication exactement. Le malentendu provient de la *capacité très variable des cuillers.* Les auteurs donnent les chiffres suivants pour les poids des cuillerées. Par exemple le *Codex* indique : une cuillerée à café d'eau = 5 gr. ; une cuillerée à bouche d'eau = 20 gr. P. Yvon donne le tableau suivant :

Poids pratique des diverses cuillerées de médicaments.

	CUILLER		
	bouche ou à potage.	à dessert ou entremets.	à café.
	grammes	grammes	grammes
Liquides aqueux et vins..........	16	12	4
Liquides alcooliques à 60°........	12	9	3
Juleps gommeux et potions.......	18	13,5	4,5
Sirops..........................	21	16	5
Huiles..........................	12	9	3

Il faut, en outre, compter qu'en pratique la *cuillerée* n'est jamais pleine; si elle l'était strictement, l'enfant en renverserait une partie. On doit faire mesurer devant soi la capacité de la cuiller qui doit servir, et vérifier combien la potion contient de cuillerées, ou bien spécifier que la potion sera prise en un nombre de fois déterminé, à heures fixes.

Certaines officines emploient des fioles graduées par douzièmes.

Les *poudres* constituent un mode d'administration des médicaments très usité en Allemagne et en Angleterre. S'il s'agit d'un nourrisson, on met la pincée ou le paquet de poudre sur la langue; l'enfant plus grand l'avale avec une gorgée de liquide; mais, si la poudre a un goût vraiment désagréable, il la crache trop souvent. Les paquets ne doivent pas être de plus de 0 gr. 50; on peut mélanger la poudre avec du miel ou du sirop de gomme pour faire un bol ou un électuaire.

Les pilules ne sont acceptées que par les enfants déjà grands (6 à 7 ans au moins). Les cachets sont encore plus difficiles à prendre et ne conviennent guère qu'à partir de 10 ans. Il faut spécifier pour le pharmacien, sur l'ordonnance, qu'il s'agit de cachets pour enfants. Sinon, une pincée de poudre sera perdue dans un vaste cachet à larges bords.

Les *lavements* constituent une précieuse ressource dans la thérapeutique infantile. Quand on en prescrit, on doit s'assurer que l'entourage saura les administrer et il faut préciser les détails : se faire montrer l'instrument qui sera employé : seringue, poire, irrigateur, réservoir élevé plus ou moins; quel qu'il soit, la canule doit être flexible, en caoutchouc souple, d'une certaine longueur, c'est-à-dire pénétrant dans le rectum de plusieurs centimètres. L'enfant sera couché sur le dos ou dans le décubitus latéral, mais non sur le ventre. La canule sera enduite de vaseline boriquée. L'air aura été chassé. Le lavement sera introduit avec douceur et par une pression régulière. Pour les petits enfants, on serrera l'orifice anal autour de la canule pour éviter le reflux.

Suivant qu'il s'agit de lavements évacuants ou médicamenteux, le volume, la nature du liquide varient. Tout lavement médicamenteux doit être précédé d'un lavement évacuant. Le poids du liquide de celui-ci sera suivant l'âge.

Chez les tout petits enfants, de..	60 à 90 gr.
De 2 à 5 ans..................	120 à 180 —

De 5 à 10 ans.................. 200 à 300 gr.
De 10 à 16 ans.................. 500 à 800 —

Un lavement médicamenteux varie de 60 à 120 gr.

Le lavement nutritif sera de petit volume également; nous aurons à y revenir à propos de la thérapeutique des maladies du tube digestif.

Le *suppositoire* peut être utilisé comme évacuant et stimulant de la défécation; on le fait avec du savon ou de la glycérine; médicamenteux et destiné à modifier la muqueuse ano-rectale ou à faire absorber une substance dont l'action doit être générale, il sera composé de beurre de cacao comme excipient, et son poids sera de 1 à 2 gr.

Les modes d'introduction de médicaments dans la partie supérieure des voies respiratoire et digestive comprennent uniquement chez les jeunes enfants, les *pulvérisations* et *irrigations*, les *insufflations* de poudres, les *attouchements*. Les *gargarismes* ne sont applicables que chez les enfants déjà âgés.

Les *inhalations* de vapeurs, agissant soit par l'humidité, soit par la chaleur, soit par les médicaments qu'elles véhiculent, sont souvent utiles dans les affections des voies respiratoires, soit dans les angines. Les médicaments employés sont des antiseptiques, balsamiques, aromatiques : acide phénique, soufre, eucalyptus, benjoin.

Les *bains*, que nous avons cités comme agents de l'hygiène (1), trouvent aussi leur place comme moyen vraiment thérapeutique. Les bains médicamenteux peuvent

(1) Voir notre Revue 1889, p. 211-236.

être employés pour modifier la peau (mercuriels, sulfureux, alcalins, etc.), ou pour faire absorber par les voies respiratoires des émanations médicamenteuses (action sédative des bains contenant les infusions de labiées, etc.).

Les *injections hypodermiques* pourraient être utilisées plus souvent qu'on ne le fait dans la thérapeutique infantile. Les doses à employer doivent être cinq à huit fois moindres que par la voie gastrique.

L'activité de la circulation et de l'absorption impose sans doute une prudence particulière dans le maniement des doses. Les injections sous-cutanées les plus usitées chez les enfants sont celles de quinine, d'apomorphine, d'éther, de caféine, d'huile camphrée et d'huile créosotée.

C'est pour le DOSAGE, la POSOLOGIE que sont surtout embarrassés les médecins appelés à médicamenter les enfants. Cet embarras est naturel et il est d'autant plus difficile d'y échapper que c'est l'empirisme seul qui jusqu'ici a régi la fixation des doses à donner aux enfants. Pour donner une formule scientifique de la posologie il faudrait tenir compte d'éléments multiples dont plusieurs nous échappent. Ainsi l'*âge* qui a servi de base à l'établissement de tous les barêmes posologiques est évidemment une condition d'importance bien faible, étant donnés les écarts considérables de taille et de poids des enfants au même âge. A coup sûr le *poids* doit primer l'âge et le poids moyen aux différents âges est représenté par un chiffre tout à fait arbitraire.

Pour procéder comme a fait M. Bouchard dans la détermination du *coefficient de toxicité* des substances antiseptiques, il faudrait déterminer expérimentalement et comparativement par les voies intra-veineuse, sous-cutanée et gastrique, la toxicité de tout médicament pour un kilogramme de substance vivante ; mais on ne connaît ainsi que le pouvoir toxique par rapport à une espèce animale déterminée, le lapin par exemple. Le lapin n'est pas l'homme et les indications ainsi obtenues sont sans doute très approximatives. L'homme même, adulte et vieillard, n'est pas l'enfant au point de vue de l'absorption et de l'élimination des médicaments. Ce serait donc une chimère d'espérer jamais établir d'une manière mathématique les doses qui conviennent à chaque âge.

Ce qui nous renseigne un peu sur la liberté des voies d'excrétion et la rapidité de l'absorption, c'est la connaissance de certaines conditions physiologiques ou de signes pathologiques empruntés à tous les organes ou appareils, sur le fonctionnement desquels nous pouvons nous renseigner : urines (abondantes ou rares, albumineuses ou non), état de la peau (sèche ou sudorale), plénitude ou vacuité du tube digestif, langue nette ou couverte d'un enduit, existence de vomissements, ou de diarrhée, état fébrile ou apyrexie.

C'est aussi la connaissance empiriquement acquise par nos devanciers de la susceptibilité ou de la tolérance spéciale de l'organisme humain jeune pour tels ou tels médicaments.

Quoi qu'il en soit, l'importance du problème posologique a préoccupé de longtemps les médecins d'enfants et je dois rapporter les différentes solutions qu'ils en ont proposées.

Gaubius (de Heidelberg), qui vécut de 1705 à 1780 et qui professa la médecine de 1731 à 1775 à Leyde, où il succéda à Boerhaave, a indiqué une table qui fait encore autorité aujourd'hui. Le formulaire de Gaubius est intitulé : *Libellus de methodo concinnandi formulas medicamentorum* (Leyde, in-8°, 1739). Il a été traduit en français, à Paris, en 1749.

La *table de Gaubius* est la suivante :

La dose moyenne d'un médicament donné étant représentée par 1 pour l'âge adulte (20 à 60 ans), les doses pour les autres âges sont représentées par les fractions ci-dessous.

Au-dessous d'un an........	1/16 à 1/20
Au-dessus d'un an	1/15 à 1/12
— de 2 ans.........	1/8
— de 3 —	1/6
— de 4 —	1/4
— de 7 —	1/3
— de 14 ans.......	1/2
De 20 à 60 ans............	1

Cette table a été simplifiée par Cottereau de la façon suivante :

1 à 3 ans........................	1/6
3 à 7 —	1/3

7 à 13 ans	1/2
13 à 20 —	2/3
Adulte	1

Comme le choix de ces chiffres ne repose sur aucun raisonnement logique, les retenir demande un effort constant de mémoire ; d'où la pensée de *formules* arithmétiques telles que le *barême* de Young et celui de Fonssagrives.

Young a proposé que la dose soit une fraction

$$\text{dont } \frac{\text{le numérateur} = \text{l'âge de l'enfant}}{\text{le dénominateur cet âge} + 12}$$

Ainsi, dose :

pour un enfant de 1 an : $\frac{1}{1+12} = \frac{1}{13}$

pour un enfant de 3 ans : $\frac{3}{3+12} = \frac{3}{15} = \frac{1}{5}$

pour un enfant de 12 ans : $\frac{12}{12+12} = \frac{12}{24} = \frac{1}{2}$

La modification proposée par Fonssagrives a été la

$$\text{suivante : } \frac{\text{le numérateur reste l'âge de l'enfant.}}{\text{le dénominateur est l'âge} \begin{cases} +\ 12 \text{ jusqu'à 1 an} \\ +\ 13 \text{ après 1 an.} \end{cases}}$$

Mais le célèbre professeur de thérapeutique signale l'opium comme faisant exception à cette règle ; car une goutte de laudanum peut tuer un enfant de 3 kilos, 25 gouttes ne font que l'effet physiologique à un adulte de 75 kilos.

Dans le traité de Baginsky, dont L. Guinon et Romme nous ont donné récemment une fidèle traduction, on trouve la table suivante, où les doses sont plus élevées que dans les tables antérieures :

Pendant le premier mois la dose est	1/15 à 1/12
A un an........................	1/10
Pendant la 2e et la 3e année.......	1/8 à 1/4
De la 4e à la 7e..................	1/4 à 1/2
Après 14 ans.....................	dose de l'adulte.

On le voit, toute l'ingéniosité des chercheurs de formules posologiques pour l'enfant n'a pu réussir à doter la pædiatrie de règles précises.

On ne saurait trop répéter qu'il faut, avant de donner la dose indiquée comme moyenne : se préoccuper de la taille et du poids de l'enfant, — des conditions présumables de l'absorption et de l'élimination chez lui, en se guidant d'après l'inspection des fonctions digestives, urinaire et cutanée ; — en s'informant toujours d'ailleurs de la susceptibilité antérieure de l'enfant au médicament donné, si ce médicament a déjà été donné et que la famille en ait gardé le souvenir ; — en ne dédaignant pas même certains renseignements fournis par les ascendants sur leur susceptibilité personnelle, qui peut être transmise héréditairement, ainsi que j'en ai vu quelques exemples.

P. Le Gendre.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE PÆDIATRIE

Novembre 1892

SOMMAIRE :

DE L'ACCOUCHEMENT FORCÉ (*fin*)

Nous avons, dans les deux précédents numéros, étudié les indications d'origine maternelle de l'accouchement provoqué accéléré.

Il nous reste à voir s'il y a des **indications d'origine fœtale.**

On a parlé de l'*éclampsie.* Nous nous sommes expliqués sur ce point (page 261) et nous répétons : Le fœtus succombe non pas du fait des convulsions de la mère, mais du fait d'hémorrhagies placentaires non dépendantes des convulsions.

En fût-il autrement qu'il vaudrait mieux, à notre avis,

laisser l'enfant mourir, car les opérations que nécessite l'évacuation rapide de l'utérus produisent une excitation nuisible à la mère. L'éclamptique en état de mal veut être traitée comme la tétanique chez qui la moindre excitation extérieure peut déterminer un paroxysme.

Ce que nous savons de la pathogénie de la mort du fœtus dans l'albuminurie, par hémorrhagies placentaires à répétition, peut nous faire nous demander si la constatation chez une albuminurique non éclamptique du ralentissement des bruits du cœur fœtal ne devrait pas, en nous portant à soupçonner la production d'une de ces hémorrhagies, nous pousser à extraire rapidement le fœtus. A un point de vue plus général, *la constatation d'une modification profonde du rythme cardiaque fœtal pendant la grossesse, alors que le fœtus est viable*, ne peut-elle pas être une indication de l'accouchement provoqué accéléré?

C'est une question à réserver. Mais quelle improbabilité qu'on tombe juste à point au moment où le fœtus traduit son état de souffrance par ces modifications du rythme cardiaque! Nous n'en connaissons pas d'exemple capable d'entraîner la conviction. Nous avons cru, au mois de mai dernier, avoir mis la main à la clinique Baudelocque sur un fait de ce genre; mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que nous avions simplement affaire à un cas extrêmement rare et curieux de pulsations fœtales ralenties d'une façon permanente. Voici cette observation :

Observation V

La nommée Marie S..., 19 ans, entre à la clinique Baudelocque le 24 mai 1892.

Père mort à 37 ans, mère morte à 42 ans, un frère mort à 17 ans tous trois de phtisie pulmonaire. Cinq frères ou sœurs bien portants.

Réglée à 14 ans, toujours irrégulièrement, S... a eu ses règles pour la dernière fois le 15 août 1891. Apparition des mouvements actifs à la fin de décembre.

A l'entrée dans le service l'utérus, normalement développé, remonte à 38 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. Aucune modification du col annonçant un début de travail. Œdème considérable des membres inférieurs.

L'enfant se présente par l'extrémité céphalique, dos à droite. Il est vivant mais on est frappé dès le premier examen par la lenteur des pulsations fœtales qui ne dépassent pas *72 à la minute*. L'exploration simultanée du pouls de la mère montre qu'il s'agit bien de pulsations fœtales.

En présence de ce ralentissement considérable, de l'œdème des membres inférieurs, nous pensons à une hémorrhagie placentaire liée à l'albuminurie. Le cathétérisme est pratiqué, les urines sont examinées avec le plus grand soin : il est impossible d'y découvrir la plus légère trace d'albumine. Nous nous décidons à ne pas intervenir immédiatement et, pendant tout l'après-midi, l'auscultation est pratiquée tous les quarts d'heure : les pulsations persistent avec la même intensité mais sans dépasser 72 à la minute.

Le lendemain matin 25 mai, M. Pinard examine à son tour et compte 64 pulsations à la minute. Bruits bien frappés.

27 mai soir :	68	battements à la minute.		
29 —	72	»	»	Toujours pas d'albumine.
30 —	72	»	»	
31 —	64	»	»	
3 juin	68	»	»	

Les battements restent sonores et réguliers.

Le travail débute à 8 heures du matin le 5 juin 1892; à 8 heures 1/2 on constate un début de dilatation. Le fœtus se présente par le sommet en position droite.

Pendant toute la durée de la période de dilatation la lenteur des battements persiste; ils sont réguliers, bien frappés. A 9 heures du soir on compte 72 pulsations.

La dilatation est complète à 9 heures 1/4 du soir le 5 juin et l'on pratique la rupture artificielle des membranes. Liquide normal, peu abondant.

A 10 h. 40 on compte 66 pulsations à la minute; à 11 h. 30, 62 pulsations fœtales et 98 pulsations maternelles.

Expulsion en occipito-pubienne à 11 h. 40, après 2 heures 25 de période d'expulsion et 15 heures 40 de travail.

Délivrance spontanée à minuit 40.

L'enfant est un garçon bien vivant, bien conformé, pesant 3510 grammes et mesurant 57 centimètres.

Diamètres de la tête	O.M..............	14.
	O.F..............	11,8.
	S.O.B............	9,6.
	S.O.F............	10,8
	B.P..............	9,5
	B.T..............	8,1
	S.M.B............	9,3.

Placenta discoïde pesant 725 grammes. Membranes complètes 40/10. Cordon de 56 cent., normal excentriquement inséré.

Immédiatement après l'expulsion du fœtus le cordon bat 76 fois par minute.

Une heure après la naissance l'auscultation du cœur fœtal ne révèle aucune irrégularité, aucun souffle morbide. Les battements sont bien frappés, mais on n'en compte plus que 45 par minute. Il y a un peu de cyanose, les lèvres sont bleuâtres. Mais ces phénomènes disparaissent aussi vite que chez les enfants dont le nombre des battements est normal. Le 7 juin, 48 pulsations à la minute.

Le 8 juin, 52 pulsations.

L'enfant, allaité d'abord par sa mère se développe bien.

Voici ses poids :

1er jour		3410 gr.
2e	—	3470
3e	—	3550
4e	—	3610
5e	—	3650
6e	—	3630
7e	—	3660
8e	—	3660

Chute du cordon le 6e jour.

L'enfant est envoyé en nourrice le 15 juin, en bon état mais le cœur bat toujours de 45 à 55 fois par minute. Nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

En résumé, nous ne voyons guère, comme indication d'origine fœtale, de l'accouchement provoqué accéléré que les *cas où la femme venant de mourir ou étant à l'agonie, le fœtus est encore vivant.*

Et encore, si la femme est morte, l'opération césarienne rapidement menée doit être préférée à l'extraction par les voies naturelles qui demande toujours plus de temps. Le

médecin ne saurait hésiter. Il n'en est pas de même pour la sage-femme qui doit toujours avoir présent à l'esprit un arrêt de la Cour de cassation du 1er mars 1834, disant que, pour elle, l'opération césarienne post mortem constitue le délit d'exercice illégal de la médecine.

La sage-femme qui se trouverait dans un cas pareil, aurait le droit et le devoir d'intervenir par les voies naturelles, comme le médecin a le droit et *le devoir* (Académie de médecine, 1861) d'intervenir par l'opération césarienne. Ni l'un ni l'autre ne doivent oublier qu'il faut opérer comme si la femme n'était pas morte ; Peu a enfoncé son couteau pour pratiquer l'opération césarienne post mortem dans le ventre d'une pseudo-morte qui incontinent se mit à crier :

Observation VI (Peu)

Je vous dirai ingénûment qu'au commencement que je pratiquais, il m'arriva d'être mandé à la porte Saint-Martin, pour faire l'opération césarienne chez une femme grosse, à terme d'un puissant enfant. Un nombre de voisines que j'y trouvai m'en pressèrent fort, m'assurant qu'elle était expirée. Je le crus aussi comme elles. Car lui ayant fait mettre un miroir sur le visage, il n'y parut aucun souffle de vie, et déjà, je n'avais nul mouvement sur la région du cœur, y ayant porté la main pour m'en assurer. Mais soit que la distance qui se trouve d'ordinaire en l'agonie entre les soupirs ou les mouvements de diastole et de systole, aidât à me tromper en ce moment terrible, soit que Dieu permit que je les crusse ainsi trop aisément pour m'apprendre à ne donner pas une autre fois tête baissée dans la volonté de tels gens,

sous un prétexte de charité mal concerté, il est certain que portant l'instrument pour faire mon incision, cette femme fit un tressaillement accompagné de grincements de dents et de remuements des lèvres, dont j'eus une si grande frayeur que je pris dès lors, la résolution de ne l'entreprendre jamais qu'à coup sûr.

Un chirurgien du XVIIIe siècle, Bodin rapporte un fait plus instructif encore.

Observation VII (Bodin)

La femme Gauthier, du village de la Janverie, commune de Montaut, département de Loir-et-Cher, à terme, tomba dans un tel état que le nommé Pénard, chirurgien à Cangey, la croyant morte, lui ouvrit le ventre et la matrice avec un rasoir, et sans trop de précautions, pour sauver la vie de l'enfant.

L'effusion du sang, la douleur de l'opération rappelèrent cette malheureuse à la vie. Elle poussa un soupir, et dit « que vous me faites mal ! » au moment où ce chirurgien s'efforçait d'enfoncer une aiguille dans un des bords de la plaie, pour contenir les entrailles dans l'abdomen par un point de suture. Surpris et autant effrayé de ces paroles que de l'opération qu'il venait de faire, et qu'il n'aurait jamais entreprise sur une femme vivante, il s'enfuit. Il fallut retourner chez lui, l'assurer que la femme Gauthier n'était pas morte et qu'elle le priait de venir la recoudre, pour l'y déterminer. Un frère qu'il avait à Limeray, et un peu moins ignorant que lui, dirigea la cure ; elle guérit et vivait encore en septembre 1792.

Même s'il s'est déjà écoulé de 15 à 20 minutes depuis la mort de la mère, l'enfant peut, semble-t-il d'après les obser-

vations rapportées par Binaut et Marquez, être retiré vivant.

Mais le vrai terrain de l'accouchement provoqué accéléré, c'est l'*agonie* et l'accoucheur qui a le mérite d'avoir dégagé cette indication est Rizzoli. De 1834 à 1861, Rizzoli soutint la supériorité de l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne chez les femmes *mourantes* ou décédées dans un état de grossesse avancée.

Il a démontré que l'opération est praticable et le plus souvent aussi facile et aussi rapide que lorsque le col est effacé et dilaté, pas dangereuse pour la mère dont les parties molles, ainsi que cela a été constaté à l'autopsie de plusieurs, ne présentent que les lésions de l'accouchement physiologique.

Il est prudent d'agir avec une certaine lenteur, la rapidité d'exécution n'ayant plus ici la même importance qu'après la mort de la mère. Il faut toujours se comporter comme si la patiente devait survivre, car on a vu dans des cas de ce genre la guérison survenir contre toute attente.

Manuel opératoire. — Ce manuel opératoire doit répondre aux desiderata suivants :

Se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques qui président à la dilatation de l'orifice utérin; s'éloigner le plus possible par conséquent de l'accouchement forcé.

C'est pourquoi nous avons rejeté les dilatateurs métalliques, tous les dilatateurs métalliques; c'est pourquoi nous rejetons *hormis le cas d'intervention post mortem*, le

procédé de Rizzoli, c'est-à-dire la dilatation manuelle.

Rizzoli recommande : 1° de faire fixer le fond de l'utérus par un aide, ou de le fixer soi-même de la main gauche; 2° de glisser toute la main droite dans le vagin, d'introduire l'index dans le col; 3° dès que l'index s'est fait un chemin suffisant, on glisse le médius; 4° à l'aide de ces deux doigts, on écarte, on dilate l'orifice. Ce résultat obtenu, 5° on réunit les cinq doigts en cône et on les pousse dans l'utérus. Dès que les cinq doigts peuvent passer, on peut procéder à l'extraction.

Certes, sur une femme morte ou mourante il est rare, surtout si l'agonie a été lente que le col, quel que soit le terme de la grossesse, ne présente pas une perméabilité et une flaccidité suffisante pour permettre la manœuvre ci-dessus décrite. Mais il y a des exceptions à cette règle, et nous ne pouvons conseiller, même pendant l'agonie, les incisions dont Rizzoli et d'Amato ont usé en cas de résistance et qu'un élève de Güsserow de Berlin, Dührsen a récemment élevées au rang de méthode générale.

Tout cela, c'est de l'accouchement forcé, et nous n'en voulons pas.

Le procédé d'élection est, pour nous, celui qui a été employé dans nos observations 3 et 4 :

Introduction dans le segment inférieur de l'utérus d'un ballon de Champetier; effacement et dilatation de l'orifice à l'aide de ce ballon.

Je n'ai pas à revenir sur le manuel opératoire de la mise en place de l'agent dilatateur (1).

---

(1) Voyez t. III, mars 1890, p. 70 et suiv.

Mais une question se pose à ce sujet :

Cette introduction, qui nécessite pour être faite une voie de 7 centim. de circonférence, soit de quoi passer largement l'index, est-elle possible chez une femme enceinte de 7 mois, 8 mois, etc. non en travail, c'est-à-dire alors que le col n'est même pas effacé?

Incontestablement.

Et d'abord chez les multipares, c'est un jeu.

Pour ne citer que les 15 observations du mémoire de Champetier de Ribes, où le ballon a été placé dans le but de provoquer l'accouchement prématuré ordinaire, je trouve :

5 Secondipares, enceintes de 8 mois à 8 mois 1/2.

2 Tertipares à 7 mois 1/2.

2 V pares à 8 mois.

1 VII pare à 7 mois.

1 IX pare à 8 mois 1/2.

Chez les primipares, c'est un peu moins facile; mais, en quelques minutes, l'index arrive, sans déployer beaucoup de force, à franchir le canal cervical et l'orifice interne. A partir de ce moment, à l'aide de pressions excentriques, on arrive vite, en moins de 10 minutes, à pouvoir adjoindre le médius. Dans les conditions particulières où nous sommes placés, nous avons le droit de faire cette dilatation préalable digitale, même en forçant un peu, si cela est nécessaire. Aucune lésion n'en peut résulter.

D'ailleurs, et j'y insiste, il est rarement nécessaire de faire au col cette légère violence.

J'ai vu M. Champetier opérer dans les 4 cas de son premier mémoire où il s'agissait de primipares (à 8 mois 1/2) et cela m'a paru aussi simple que chez les multipares. Depuis, j'ai eu moi-même à opérer dans des circonstances semblables et j'ai toujours pu passer d'emblée, quelquefois il est vrai, en fixant le col avec une pince, pour l'empêcher de se dérober à la pression instrumentale.

Champetier disait dans son mémoire : « Chez toutes les femmes qui font le sujet de mes observations, primipares ou multipares, j'ai pu, *sans la moindre violence*, d'abord entrer ma main dans le vagin, puis introduire tout l'index dans le col, au delà de l'orifice interne, décoller les membranes, m'orienter, reconnaître les lieux pour ainsi dire et me rendre compte de la direction que je devais donner à la pince pour conduire le ballon. Une fois cette exploration faite, je retire l'index, et j'introduis à la fois le médius et l'index aussi profondément que possible ; je sais que si je puis entrer les deux doigts réunis jusqu'à la première articulation, le ballon passera.

Je n'ai pas encore rencontré de difficultés sérieuses pour exécuter cette manœuvre. »

Néanmoins, Champetier ajoute « dans les cas où on ne pourrait pas agir ainsi, je propose de placer d'abord le ballon de M. Tarnier que l'on remplacerait par un des miens aussitôt que le premier aurait été chassé de l'utérus ».

C'est à cette pratique que M. Pinard, pour réduire au minimum le traumatisme dans l'accouchement prématuré

artificiel, s'est rattaché depuis 1888. « Chez les multipares, dit-il (De l'accouchement provoqué, janvier 1891), le plus souvent, le canal cervical et l'orifice interne sont assez perméables pour que je puisse d'emblée, sans efforts, et sans causer de douleurs, introduire le ballon de Champetier de Ribes.

« Chez les primipares, j'introduis d'abord le ballon de M. Tarnier, puis, lorsque le ballon a été expulsé, j'introduis le ballon de Champetier. »

Mais remarquez que M. Pinard parle de l'accouchement provoqué ordinaire, celui pour lequel on a devant soi tout le temps voulu. On n'en est pas alors à 48 heures près. Et je sais que, pour l'accouchement prématuré accéléré, mon maître n'hésiterait pas à introduire d'emblée le ballon Champetier même avec effort et au risque de déterminer de la douleur. Il y a *urgence.*

D'ailleurs, ainsi qu'en témoigne sa statistique, il a pu pénétrer d'emblée chez nombre de primipares.

En résumé, avec ou sans effort, l'introduction est possible.

Le ballon étant placé, il s'agit de *s'en servir d'emblée comme d'agent dilatateur*, sans attendre, comme dans les cas ordinaires, qu'il excite la contraction utérine et soit peu à peu poussé par elle au travers de l'orifice qu'il ouvre jusqu'à ce que celui-ci le laisse passer dans le vagin. Cela, d'après les observations, demande en moyenne 6 heures.

Ici, il faut aller plus vite. C'est possible, ainsi qu'en témoi-

gne mon observation 3, page 292 : en 20 minutes, j'ai pu porter la dilatation de 1 franc (ce qu'elle est naturellement après l'introduction et le remplissage du ballon) à la dilatation complète. Tout dépend de l'urgence des accidents. Wallich a mis 2 heures 3/4, mais parce que l'état de sa femme lui permettait de ne pas se presser.

Pour obtenir ce résultat rapide, voici comment il faut procéder.

Après avoir rempli le ballon au maximum et exercé sur son tube de remplissage quelques tractions destinées à triompher de la résistance des bords de l'orifice externe et à assurer l'effacement complet du col, il faut retirer 50 gr. de liquide puis exercer de nouvelles tractions; le ballon dégonflé descend un peu. Lorsqu'on éprouve de nouveau la résistance de l'orifice externe, on réinjecte lentement les 50 grammes de liquide enlevés tout en maintenant solidement la traction. Le toucher montre alors que la dilatation a augmenté. Après avoir maintenu la traction pendant quelques minutes, on retire du ballon, non plus 50 mais 100 gr. de liquide. Nouvelle traction; le ballon dégonflé descend plus que tout à l'heure, puis bientôt on éprouve la résistance de l'orifice externe.

On réinjecte très lentement les 100 gr. de liquide enlevés, en maintenant solidement la traction, et le toucher permet encore de constater que la dilatation vient d'augmenter. On continue ainsi progressivement :

Enlevant puis réinjectant 150 gr.

— — 200 gr.

— — 250 gr.

Mais toujours en prenant bien soin que la grande circonférence du ballon, sensible au toucher à cause de la couture qui l'avoisine, ne franchisse pas l'orifice externe avant que la dilatation ne soit absolument complète, ce qui ne tarde guère losqu'il ne reste plus qu'un bourrelet d'un centimètre.

Il est aisé de comprendre ce que produit cette manœuvre.

Le ballon est conique. Si le point qui se trouve à l'union du corps du ballon et du tube de remplissage a une circonférence de 7 centim. et la circonférence maxima 32 ou 33, il est aisé de voir qu'entre les deux, toutes les circonférences intermédiaires existent. Sur des coupes en série d'un ballon congelé, on trouverait, à mesure qu'on s'éloigne du sommet du cône, le cercle égal à la pièce de 2 francs, de 5 francs, à la petite paume de main.

En retirant 50 gr. de liquide et en exerçant des tractions on amène, grâce à la flaccidité du ballon, au lieu et place de la circonférence égale à la pièce de 1 franc, la circonférence capable, une fois le ballon regonflé, d'égaler la pièce de 2 francs. La traction soutenue pendant la réinjection des 50 gr. force la circonférence du ballon plein, égale à 10 centim. par exemple, à se développer là où elle est maintenue et par conséquent à porter la dilatation des bords de l'orifice contre lesquels elle agit excentriquement à 10 centimètres.

Lors de la reprise, c'est la circonférence capable, une fois le ballon regonflé, d'égaler 14 centim. par exemple, qui sera

amenée au niveau de l'orifice. De la même façon que précédemment elle va le pousser à 14 centim. lorsqu'on réinjectera les cent grammes enlevés.

Ainsi rien de comparable à la dilatation brusque par traction, telle que la produit par exemple le forceps tirant une tête au travers d'un orifice incomplètement ouvert, dilatation qui mène aux déchirures extensives ; rien de comparable non plus à l'action des dilatateurs métalliques à 2 ou 3 branches qui ne sollicitent les bords de l'orifice qu'en 2 ou 3 points et non dans tous les sens.

La dilatation par le ballon résulte d'un effort excentrique partout égal, c'est-à-dire d'une action de tous points comparable à celle qu'exercent les facteurs de la dilatation physiologique (mais plus rapide parce que l'accoucheur la mène à sa guise), poche des eaux ou région fœtale.

H. Varnier.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PENDANT LA GROSSESSE ET DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

I

On est souvent appelé à instituer le traitement de la syphilis chez l'enfant, même avant sa naissance.

Quand la mère est syphilitique, de quelque façon qu'elle ait été infectée, le seul moyen d'empêcher la grossesse de se terminer par un avortement ou un accouchement prématuré est de lui faire suivre un traitement énergique. Mais il y a plusieurs cas différents à envisager.

Dans un ménage de syphilitiques, si une grossesse survient, lors même que le mari et la femme ont suivi antérieurement un traitement complet et que la date de la syphilis remonte à plusieurs années, la prudence veut que la mère soit de nouveau soumise à la médication mixte.

Biiodure de mercure..........	0 gr. 10
Iodure de potassium..........	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges.....	200 gr.

Une cuillerée à soupe au milieu des repas (Pinard).

Cela est encore plus urgent si l'infection est moins ancienne, quand même il n'y aurait plus actuellement de manifestations spécifiques.

Dans les cas où la syphilis est en pleine évolution, le

traitement mercuriel est surtout nécessaire. Ici la question se présente sous divers aspects.

Si le diagnostic de syphilis était posé, lorsqu'a commencé la grossesse, il n'y a lieu de modifier en aucune façon la marche du traitement qu'on avait institué.

Mais le cas sur lequel il faut appeler l'attention est celui où la mère est devenue syphilitique par conception, n'ayant pas été infectée par son mari qui n'était plus porteur d'accidents transmissibles, mais ayant reçu le germe morbide de son enfant, procréé syphilitique par le père. La réalité de ce mode de transmission de la syphilis indirectement du mari à la femme par l'intermédiaire du fœtus est incontestable. C'est ce que Fournier appelle la syphilis *décapitée*, parce qu'en pareil cas il n'y a pas d'accident primitif : la femme entre d'emblée dans la syphilis par les accidents secondaires, la roséole et les plaques muqueuses ; la pénétration du virus se fait non plus par la voie lymphatique où les ganglions opposent quelque temps une barrière à la marche du virus, mais par la voie sanguine qui en permet la diffusion très rapide. On considère généralement ce mode d'infection comme exceptionnel ; il m'a été donné pourtant d'en rencontrer deux cas en moins de deux ans.

Généralement c'est entre le troisième et le cinquième mois que les accidents apparaissent. On est consulté pour un mal de gorge, pour une chute des cheveux, pour une éruption de boutons, pour quelques végétations de la région vulvaire. Si le diagnostic s'impose, et que la femme soit de celles auxquelles il faut cacher la nature de leur

mal, on organise le traitement à son insu. La complicité du mari est indispensable. S'il est présent à la consultation, on s'arrange pour lui parler en particulier. Le plus souvent il reconnaît avoir eu la syphilis, mais se croyait guéri. D'autres fois il l'ignorait, mais un interrogatoire minutieux auquel il répond de bonne foi et l'examen de son corps révèle quelque trace d'accidents dont il avait méconnu la nature. Par exception, cela m'est arrivé une fois, il peut se faire que rien ne vienne nous éclairer sur le passé syphilitique du père. Mais en tout cas il est aisé de le convaincre de la nécessité de soigner sa femme.

On prononce devant celle-ci un diagnostic fantaisiste, tel que dermatite polymorphe, de nature arthritique ou herpétique ; on laisse entrevoir la possibilité de manifestations variées sur la peau ou les muqueuses, même la crainte d'un accouchement prématuré ou d'un retentissement de la maladie sur l'enfant. On formule ostensiblement des pilules de lithine ou d'arsenic, auxquelles le mari prévenu substitue des pilules toutes semblables de bichlorure ou de protoiodure de mercure, formulées sur une ordonnance que vous lui faites parvenir secrètement.

Si vous pouvez craindre que, par incurie ou maladresse, le mari n'oblige pas sa femme à prendre ce traitement avec la régularité indispensable, il ne faut pas hésiter à proposer les injections mercurielles sous-cutanées ; cette méthode a l'avantage de ne nécessiter qu'un petit nombre d'interventions médicales et de ne pas permettre à la femme de contrôler la nature des médicaments si elle a quelque défiance.

Avant d'entreprendre le traitoment de la syphilis par les injections mercurielles insolubles, *on doit d'abord s'assurer qu'il n'y a pas d'albuminurie.*

La nature des injections les meilleures à employer, est encore discutée. Dans le cas où nous désirons ne pas intervenir souvent, il convient d'écarter les préparations mercurielles solubles (sublimé, salicylate, tannate ou peptonate). C'est alors l'huile grise, le calomel ou l'oxyde jaune qui auront nos préférences. Les formules les plus usitées sont les suivantes :

Pour l'huile grise, Balzer et Reblaud ont employé avec succès, après Neisser (de Breslau) :

Mercure métallique.........	XX	parties.
Teinture de benjoin........	V	»
Huile de vaseline..........	L	»

M. Brousse, à Montpellier, a préconisé la formule suivante, plus facile et moins longue à exécuter :

Mercure purifié.................	20	gr.
Lanoline........................	5	»
Vaseline liquide................	35	»

On injecte 0 c. c., 25 de la préparation, soit environ 0,09 centigr. de mercure métallique, trois fois, à intervalles de dix à douze jours. L'injection doit être faite dans les muscles de la fesse (région rétro-trochantérienne) ou de la masse sacro-lombaire.

Pour le calomel, Balzer a employé la formule :

Calomel à la vapeur..........	1 gr. 50
Huile de vaseline.............	15 gr.

Une injection de 10 centigr. chaque semaine; 4 à 6 font disparaître les accidents.

Pour l'oxyde jaune, Galliot a employé une solution de 10 centigr. de principe actif pour un gramme de vaseline liquide. Quatre injections séparées par une semaine pendant un mois ; puis, une tous les deux mois.

Comme préparation soluble, on peut employer le :

Benzoate mercurique..	0 gr. 30
Chlorure de sodium....	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15
Eau distillée.........	40 gr. (Stoukovenkoff).

Cette solution a l'inconvénient d'être instable. Car, l'alcaloïde étant précipité au contact du sel de mercure, la solution laisse déposer un précipité de cocaïne et de mercure, et au bout de 15 jours a perdu les 2/5e de son activité. D'autre part, sans cocaïne, cette injection est douloureuse. On ne doit donc employer qu'une solution récente. Il faut de 15 à 30 injections pour faire disparaître les manifestations ordinaires d'une syphilis d'intensité moyenne; 40 à 50 injections sont nécessaires dans des cas graves.

La succinimide mercurique (Jullien) en solution aqueuse à 20 centigr. pour 100, correspond à 2 milligr. par seringue pour une injection qui, faite dans l'épaisseur des muscles de la fesse, doit être suivie d'une friction énergique destinée à la faire diffuser dans les tissus. On fait une

injection chaque jour; il en faut en moyenne une vingtaine.

II

Quel que soit le procédé employé, injections ou méthodes anciennes, frictions pénibles, il peut arriver que, grâce à un traitement énergiquement conduit, la grossesse continue son cours jusqu'au terme normal. On devra, à chaque visite, s'enquérir des mouvements actifs du fœtus perçus par la mère, et rechercher les battements du cœur. Lorsque ceux-ci s'affaiblissent, à plus forte raison s'ils cessent, il faut faire pressentir à la famille la possibilité d'un accouchement prématuré et de la naissance d'un enfant mort.

D'autres fois, il arrive que le travail d'expulsion se manifeste inopinément par suite de lésions syphilitiques du placenta, l'enfant étant encore parfaitement vivant; il est bon alors de préparer la famille à l'apparition d'un enfant sur le corps duquel pourront exister des altérations, qu'on décorera du nom d'eczéma pour les personnes de l'entourage qui ne sont pas dans le secret.

Si l'on est au septième, ou même huitième mois, on se procurera une couveuse (voir Traitement des prématurés).

On n'omettra pas d'annoncer à la mère que son lait seul peut convenir à son enfant, dût-on lui venir en aide, en cas d'insuffisance, avec du lait d'ânesse. Il est en effet de règle absolue de ne pas exposer à la contagion une nourrice mercenaire. Fût-elle même prévenue des dangers

qu'elle court, et disposée à les braver par intérêt pécuniaire, le médecin ne peut, en aucun cas, sanctionner par son approbation la conclusion de ce contrat immoral.

Le nouveau-né peut être atteint de plaques muqueuses au niveau des orifices buccaux ou des organes génitaux ; il peut avoir du pemphigus palmaire, plantaire, ou généralisé ; ses téguments sont généralement flétris et ratatinés, la peau desquame en larges lambeaux et l'épiderme est presque partout cuivré, mince, luisant comme la pelure d'oignon ; il peut y avoir déjà des lésions viscérales du foie ou de la rate dont la palpation montrera l'hypertrophie.

L'enfant sera placé dans la couveuse, dont on le sortira toutes les deux heures pour le déshabiller devant un feu clair, le nettoyer soigneusement et l'alimenter.

L'alimentation consistera le premier jour en une cuillerée à café toutes les deux heures de lait d'ânesse, qu'on fera couler doucement sur les côtés de la langue. Si l'enfant a une vitalité suffisante, on peut essayer de le mettre au bout de 24 ou 36 heures au sein de sa mère ; avec de la patience on arrivera peu à peu à lui faire couler un peu du lait de celle-ci dans la bouche, soit directement, soit après l'avoir recueilli dans une cuillère. Si la pesée, faite avant et après chaque tetée, n'indique pas, au bout de 3 ou 4 jours, que l'enfant prenne suffisamment de lait, on complètera chaque fois la tetée par 3 à 6 cuillerées à café de lait d'ânesse.

Lorsqu'on ne peut compter sur la mère comme nourrice, soit qu'elle n'ait pas de lait ou qu'elle soit trop malade, ou

qu'elle manifeste une trop évidente mauvaise volonté, si d'autre part on craint l'élevage au biberon, on peut essayer dans certaines conditions, à la campagne par exemple, l'allaitement direct au pis de l'ânesse, comme cela est pratiqué avec succès à la nourrisserie des Enfants-Assistés, soit au pis d'une chèvre. L'allaitement artificiel au lait de vache est le pis-aller, au moins dans les premiers mois.

Enfin dans les cas où l'enfant est manifestement trop débile pour teter ou faire même les mouvements de déglutition, quand on lui met du lait dans la bouche on ne doit pas tarder à instituer le gavage.

Quant au traitement spécifique, son urgence s'impose; il peut être réalisé de plusieurs manières et les avis sont partagés.

Les deux moyens qui sont préférés en France sont les frictions mercurielles et l'administration de la liqueur de van Swieten à l'intérieur.

Chez les prématurés, la délicatesse extrême de l'estomac doit rendre réservé au point de vue de l'introduction du mercure dans cet organe; il nous paraît donc préférable d'adopter pour eux les frictions. Celles-ci se font en général avec l'onguent napolitain, dont on prend gros comme un pois pour faire une fois par jour une friction de quelques minutes dans une des régions suivantes: aisselles, aines, creux poplités. On frictionnera les régions homologues, on laissera la pommade adhérente et on recouvrira d'ouate, l'enfant étant d'ailleurs enveloppé d'ouate en entier, sauf le visage. Le lendemain on savon-

nera à l'eau chaude la région frictionnée la veille. Au lieu d'onguent mercuriel on peut faire une pommade à base de lanoline, graisse tirée du suint de mouton qui, comme on sait, facilite la pénétration des médicaments par la peau. On aura soin toutefois, pour rendre la friction plus aisée, de corriger l'excessive viscosité de la lanoline en y associant partie égale d'axonge.

La solution de van Swieten s'administre par gouttes dans une cuillerée à café de lait d'ânesse ou du lait de la mère; on commencera par une goutte chaque fois, de manière à en donner une dizaine dans les 24 heures. Si l'enfant n'a ni vomissements ni diarrhée, au fur et à mesure qu'il se rapproche de l'époque à laquelle il aurait dû naître, on peut arriver à lui donner 20 gouttes par 24 heures si les accidents syphilitiques ne s'amendent pas.

La mère, qui devra naturellement continuer son traitement personnel, fournira d'ailleurs du lait mercurialisé qui contribuera pour sa part au traitement.

En Allemagne on préfère avant tout les bains de sublimé; nous pensons que, pour les enfants nés prématurément, les bains doivent être écartés au moins pendant les premiers temps de la vie; car ils exposent à des refroidissements qui constituent le principal danger pour ces êtres débiles.

III

Quand l'enfant syphilitique naît à terme, quelques-unes des difficultés dont nous venons de parler n'existent pas

ou sont moindres; l'alimentation de l'enfant sera plus facile, la mère ayant plus vite une quantité suffisante de lait et l'enfant ayant plus de force pour opérer la succion.

On pourra pousser le traitement avec plus de vigueur et employer simultanément toutes les ressources de la thérapeutique : frictions, mercure intus et bains. Les bains de sublimé contiendront 0 gr. 50 de bichlorure. Ils seront particulièrement utiles contre les syphilides cutanées.

Comme préparation mercurielle interne nous donnons la préférence à la solution de van Swieten, comme tous les maîtres français, H. Roger, Rollet, Simon, etc...

En Allemagne, Hénoch préfère le calomel ou l'oxydule noir aux doses de 0,01 à 0,015 matin et soir, il ne donne les frictions qu'aux enfants de plus de 2 ans.

Baginski préconise pour l'usage interne le calomel, le sublimé, l'iodure jaune, le tannate, le salicylate de mercure. Il admet même l'utilité des injections sous-cutanées de peptonate de mercure ou de sublimé. Cet auteur dit avoir vu deux fois un accident que l'on considère comme tout à fait exceptionnel chez les nourrissons, une stomatite mercurielle grave; car on a enseigné classiquement que la stomatite mercurielle ne se produisait pas chez les sujets dépourvus de dents.

Outre les accidents cutanés et muqueux que nous avons énumérés précédemment et qui peuvent exister dès la naissance, un des plus constants, qui se produit quelques jours ou quelques semaines après la naissance chez les

syphilitiques héréditaires, est le coryza spécifique, caractérisé par un écoulement nasal séro-sanguinolent assez abondant, parfois fétide, se concrétant dans les fosses nasales en croûtes plus ou moins épaisses, et amenant à l'entrée des narines et sur la lèvre supérieure d'abord de l'érythème, puis des excoriations et des fissures. L'apparition de ce coryza, qui est parfois le premier symptôme révélateur de la syphilis héréditaire, crée un danger spécial pour le nourrisson, puisque la perméabilité des fosses nasales est indispensable pour la succion. (Voir traitement du coryza des nouveau-nés). Cet accident requiert donc un traitement particulier, local, et commande de pousser activement le traitement général.

D'ailleurs, les manifestations locales de la syphilis, chez le nouveau-né comme chez l'adulte, se trouvent plus rapidement modifiées quand on associe au traitement général de l'infection des topiques mercuriels ou antiseptiques d'une autre manière. Sur les plaques muqueuses on fera des applications de pommade au calomel ou de calomel en poudre. Sur les condylomes exubérants on placera des emplâtres mercuriels (de Vigo ou emplâtre rouge de Vidal). On pourra même utilement les réprimer par des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent ou en badigeonnant avec une solution de nitrate d'argent, 0 gr. 50 pour eau 15 gr. Les bains de sublimé agissent presque exclusivement comme topiques.

Dans les fosses nasales on injectera avec précaution une solution de bichlorure à 1 pour 4000, une ou deux fois par

jour, en inclinant le visage de l'enfant au-dessus d'une cuvette pour que la solution ne coule pas dans le pharynx par l'orifice postérieur des fosses nasales. Dans le reste de la journée on fera des injections tièdes avec l'eau boriquée de 1 à 3 0/0, chaque fois que l'imperméabilité des narines mettra obstacle à la succion.

P. Le Gendre.

L'ATHREPSIE ET SON TRAITEMENT

Parrot a décrit d'une façon parfaite et dénommé *athrepsie* un ensemble de troubles morbides et d'altérations organiques, qui se voit chez les nouveau-nés et les enfants du premier âge comme conséquence de troubles digestifs, graves par leur intensité ou leur durée. C'est l'état que les auteurs allemands contemporains dénomment *atrophie*. Il consiste en effet en une perturbation générale progressive de la nutrition causée par l'atrophie des glandes de l'estomac et de l'intestin, et des villosités, c'est-à-dire de l'appareil sécrétoire et absorbant du tube digestif.

Les enfants que frappe cette maladie, sont surtout prématurés ou nés débiles, ou débilités dès les premiers jours de la vie par une circonstance qui entrave leur alimentation (malformation de la bouche, coryza intense, érysipèle, œdème).

La première étape de cet état morbide est donc marquée

par des troubles digestifs, vomissements et diarrhée (*période gastro-intestinale* ou prémonitoire). Ces troubles reconnaissent pour cause une alimentation défectueuse par insuffisance, par excès ou mauvaise qualité.

Au bout d'un temps variable se trouve réalisée une perturbation profonde de la composition du sang et des plasmas (*période hématique*). C'est la maladie constituée et reconnaissable à ses divers symptômes : amaigrissement rapide, qui rend la peau flasque et plissée, refroidissement périphérique, cyanose, érythèmes papuleux ou vésiculeux, facies sénile ou simiesque, endurcissement du tissu cellulaire sous-cutané, dépression de la fontanelle et chevauchement des os du crâne, cris d'abord aigus, violents et incessants, plus tard plaintifs et monotones (cri de détresse).

Enfin vient une période d'altérations des divers tissus organiques et des viscères, estomac (gastropathie ulcéreuse et diphtéroïde), centres nerveux, foie, reins, où dominent la stéatose et les thromboses (*période cachectique*). Elle est caractérisée cliniquement par l'encéphalopathie athrepsique (coma avec myosis et strabisme, entrecoupé de convulsions éclamptiques, générales, ou partielles comme le trismus), diminution de la sécrétion urinaire et accroissement de l'excrétion d'urée, fréquence de l'albuminurie, dyspnée croissante avec production d'une dépression sternale, ralentissement du pouls, abaissement thermique continu parallèlement à la perte du poids.

Il existe d'autres accidents : — les uns que Parrot range

parmi les signes de la maladie, à cause de leur constance (la *stomatite ulcéreuse* et notamment les *ulcérations* de la muqueuse palatine *au niveau des apophyses ptérygoïdes,* le *muguet,* avec une tendance inusitée à la généralisation : muguet glottique, œsophagien et gastrique, — les autres qui sont des complications éventuelles, comme la *pneumonie*, l'*érysipèle.*

La marche comporte une forme rapide, foudroyante, cholériforme ou cyanotique, et une lente, chronique.

Prophylaxie. — Pour prévenir l'athrepsie, il faut organiser, dès la naissance, l'alimentation des nouveau-nés suivant les règles que nous avons indiquées (voir Allaitement) ; si on est appelé près d'un enfant qui présente des troubles digestifs, y porter remède rapidement et avec énergie par le retour à une meilleure hygiène alimentaire et par des médications appropriées.

Traitement. — La maladie une fois réalisée, c'est dans l'analyse de ses éléments constitutifs que seront puisées les indications thérapeutiques.

Le syndrome athrepsique découle des facteurs pathogéniques suivants : défaut d'absorption alimentaire par intolérance gastrique et intestinale, — déperdition de liquides pour l'organisme, par suite du flux diarrhéique, — auto-intoxication, d'abord par absorption des poisons formés dans le tube digestif, puis par impuissance du rein à éliminer ceux qui encombrent les tissus ; — enfin, infections microbiennes ou mycosiques secondaires des surfaces cutanées et muqueuses, par suite de la déchéance organique.

Pour rétablir la tolérance du tube digestif, on peut employer les moyens suivants par ordre d'énergie croissante suivant la gravité des troubles digestifs :

A. Éviter les refroidissements en faisant tenir l'enfant à la chambre, le ventre et les pieds chauds.

Diminuer la quantité de lait à chaque repas.

Si la langue est saburrale, administrer un vomitif (5 à 10 gr. de sirop d'ipécacuanha) ; si les garde-robes sont muqueuses, un purgatif (5 gr. d'huile de ricin ou 5 centig. de calomel).

Donner la potion suivante en 6 ou 8 prises, avant chaque têtée :

	Sous-nitrate de bismuth..........	1 à 2 gr.
ou	Salicylate d°	0 gr. 50 à 1 gr.
	Sirop de ratanhia................	20 gr.
	Eau............................	80 gr.
ou	Acide lactique..................	2 gr.
	Sirop de gomme.................	20 gr.
	Eau............................	80 gr.

Si les cris et les contorsions de l'enfant, le ballonnement du ventre avant l'émission des selles, contrastent avec le retour du calme aussitôt après, on fera bien de favoriser les évacuations par des lavements d'eau de camomille boriquée chaude.

B. A un degré plus avancé, ou quand l'athrepsie revêt la forme aiguë, il faut :

Supprimer le lait.

Donner comme alimentation et boissons, toutes les dix ou quinze minutes, alternativement une cuillerée à café d'eau sucrée glacée contenant 5 0/0 de cognac vieux, ou de champagne, et une cuillerée de bouillon de volaille ou de bœuf, fait sans légumes, absolument privé de graisse, très légèrement salé et glacé.

On donnera à intervalles de quatre, six ou douze heures, un bain de cinq minutes, avec 25 litres d'eau à 35 degrés additionnée de 50 à 60 gr. de farine de moutarde.

L'enfant sera ensuite frictionné rapidement avec des linges fins, secs ou chauds, ou un peu d'alcool, puis enveloppé de langes de laine, les pieds et les jambes dans l'ouate et au voisinage d'un cruchon d'eau chaude.

Au fur et à mesure de l'amélioration (moins de selles ou de vomissements, voix moins faible, pouls plus ample et moins fréquent), on recommencera, avec prudence, à donner dans les intervalles des boissons glacées, qu'on espacera, de très faibles quantités de lait (soit le sein, soit le lait d'ânesse ou de vache, stérilisé, coupé d'eau de chaux).

Puis aux boissons glacées succéderont les boissons froides à la température de la chambre.

On ne donnera jamais d'opiacés.

S'il y a des signes d'intoxication gastro-intestinale, on donnera le benzonaphtol (0 gr. 50 à 1 gr.) avec le salicylate de bismuth (1 à 1 gr. 50).

Les lavements semblaient à Parrot inutiles, parce que le siège des lésions est dans l'intestin grêle ; cette critique s'applique avec justesse aux lavements topiques. Mais les

lavements rendront de grands services d'une autre façon.

Ils nous fournissent un moyen de faire absorber de l'eau par l'intestin pour restituer à l'organisme l'eau qu'il a perdue ; ils augmentent la diurèse en augmentant la tension dans les vaisseaux du rein par l'introduction d'eau dans la circulation générale et en faisant refluer dans les capillaires du rein le sang stagnant dans les capillaires intestinaux. C'est là un des moyens qu'il est indiqué d'employer dans tous les cas d'insuffisance rénale. On donne alors les lavements froids à 10 degrés avec 150 grammes d'eau au moyen d'une sonde en caoutchouc souple introduite profondément.

On pourra dans les cas les plus graves injecter la solution de sérum artificielle (solution de NaCl à 5 p. 1000 stérilisée) dans le tissu cellulaire.

Les accidents infectieux secondaires seront combattus : la stomatite ulcéreuse par des collutoires antiseptiques ; le muguet par les badigeonnages avec des solutions de borate de soude, de chlorate de potasse, de bicarbonate de soude ; l'érythème des fesses par des lotions à l'eau boriquée suivies de poudrage avec les poudres d'amidon, de riz, de lycopode, de talc, la vaseline salolée ou iodoformée.

P. Le Gendre.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE PÆDIATRIE

Décembre 1892

SOMMAIRE :

DE LA DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT

Dans l'avortement dont nous étudierons ultérieurement les causes, les symptômes et la prophylaxie, la perte du fruit *avorté* ou *vivant* se fait, avec plus ou moins de perte de sang, de deux façons :

a) Ou bien l'œuf est expulsé en bloc, **avortement en un temps**;

b) Ou bien l'avortement se fait, comme l'accouchement prématuré ou à terme, **en deux temps**. Les membranes se rompent soit prématurément (1), soit d'une façon précoce (2), soit tempestivement (3) ; le contenu de l'œuf,

(1) Avant le début du travail.

(2) Pendant le travail, mais avant que la dilatation soit suffisante pour que le fœtus soit expulsé ou extrait.

(3) Quand la dilatation est suffisante.

liquide amniotique et fœtus avorté, mort-né ou vivant, est expulsé (1er temps); puis, après un intervalle plus ou moins long, sort le sac fœtal, placenta et membranes (2e temps ou délivrance).

Quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle survienne la perte du fruit, on peut observer l'un ou l'autre de ces modes. Mauriceau qui rapporte avec détails plus de 120 observations, fort bien prises, d'avortement, note avec soin les cas où le fœtus est expulsé tout enveloppé de ses membranes et de l'arrière-faix; il remarque déjà que « l'on voit *souvent, dans les avortements qui arrivent dans les deux ou trois premiers mois*, que l'arrière-faix est retenu au dedans de la matrice à cause qu'étant beaucoup plus gros que le corps de l'enfant, il ne peut que difficilement être expulsé de la matrice par le peu d'ouverture qu'a fait le petit corps molasse d'un enfant de ce terme ».

C'est là un point sur lequel les accoucheurs modernes n'ont pas assez insisté, ce qui a permis à certains gynécologues de considérer (à tort) comme provoqué tout avortement en deux temps survenant dans les premiers mois.

Si nous y insistons, c'est pour bien mettre dans l'esprit de nos lecteurs qu'ils pourront se trouver dans la nécessité de faire la délivrance artificielle, pour combattre des accidents septiques, même dans les cas où le placenta n'est pas encore parfaitement différencié, même dans les avortements dits ovulaires, c'est-à-dire des six premières semaines.

D'autres auteurs différenciant l'avortement embryon-

naire, c'est-à-dire du 2e et du 3e mois, de l'avortement fœtal qui surviendrait du 3e au 7e, affirment que l'avortement qui a lieu pendant le 2e mois se fait en bloc ; ce serait seulement *dans quelques cas exceptionnels* que les membranes s'étant rompues, l'embryon serait chassé d'abord, puis l'arrière-faix. Ils ajoutent qu'aux 3e et 4e mois l'œuf peut encore être expulsé en bloc, les membranes et le placenta formant une poche dans l'intérieur de laquelle se trouve le produit de conception, mais que *le plus souvent* il y a expulsion en deux temps, le fœtus d'abord, plus tard l'arrière-faix.

Nos observations ne concordent pas entièrement avec ces affirmations classiques.

Ces observations portent sur 530 cas recueillis dans le service de mon maître M. Pinard sur un ensemble de 17,000 accouchements faits de 1883 à 1889 à la Maternité de Lariboisière et de 1889 à la fin de mon clinicat (octobre 1892) à la clinique Baudelocque. C'est sur cette statistique, que j'ai dressée avec le plus grand soin et qui est publiée dans la thèse récente de mon élève et ami Brion, que je vais m'appuyer au cours de cette étude.

La première conclusion que j'en tire est celle-ci : l'avortement en bloc, l'avortement en un temps est l'exception. Sur 501 cas où se trouve notée la façon dont les choses se sont passées, 453 fois l'avortement s'est fait en deux temps ; 48 fois seulement l'œuf a été expulsé en bloc.

Mais le point sur lequel je veux appuyer particulièrement c'est que, *dès le 2e mois*, contrairement aux affirma-

tions classiques, l'expulsion en bloc est moins fréquente que l'expulsion en deux temps.

Notre statistique comprend 28 avortements du 2e mois qui se répartissent ainsi : en un temps 12, en deux temps 16 ;

A 3 mois il y a, sur 61 observations, 48 avortements en deux temps contre 13 en un temps.

A 4 mois, 78 avortements en 2 temps contre 9 en 1 temps.
A 5 mois, 119 — — contre 9 —
A 6 mois, 192 — — contre 5 —

De telle sorte qu'il faut dire : si dès les premiers mois l'avortement en un temps est moins fréquent que l'autre, il est d'autant plus rare qu'on se rapproche davantage du 7e mois.

On a dit aussi que la mort et la macération du fœtus produisaient des modifications telles (?) du côté des membranes de l'œuf que la rupture de celles-ci, qui entraîne l'expulsion isolée du fœtus et de l'arrière-faix, se ferait moins aisément ; ce qui revient à dire que l'œuf mort serait expulsé plus souvent en un temps que l'œuf vivant. Sur ce point encore, nos observations ne concordent pas avec les affirmations théoriques.

Dans 420 de nos cas, l'état du fœtus a été noté au moment de l'expulsion.

221 fois, il était vivant : 6 fois, il fut expulsé enveloppé des membranes et de l'arrière-faix ; 210 fois, l'avortement eut lieu en 2 temps.

199 fois, le fœtus était mort : 8 fois il fut expulsé en 1 temps ; 184 fois en 2 temps.

De telle sorte que l'état du fœtus paraît ne pas avoir grande influence sur le mode d'expulsion de l'œuf. Nous aurons à revenir sur ce côté de la question.

De cette extrême fréquence de l'avortement en 2 temps résulte la nécessité pour le praticien de bien connaître la *délivrance dans l'avortement*.

Si, par la séparation du travail d'expulsion du fœtus et du travail d'expulsion du placenta et des membranes ou délivrance, l'avortement se rapproche de l'accouchement prématuré ou tempestif, il en diffère par ce fait que la délivrance y tarde parfois davantage à se faire, que la rétention de l'arrière-faix y est plus fréquente.

Encore aujourd'hui, on donne de ce fait l'explication proposée par Mauriceau et qu'il reproduit à maintes reprises dans les réflexions accompagnant ses observations : « La nature ne se peut délivrer de l'arrière-faix parce que le corps des avortons étant très petit et mollasse, comme il arrive ordinairement en ces sortes de fausses couches, et n'ayant pas fait d'ouverture de la matrice qu'à proportion de sa petitesse, cette ouverture ne répond pas à la grosseur plus considérable de l'arrière-faix ».

Cela semble indiquer, ce qui était évidemment dans la pensée des accoucheurs et des sages-femmes du temps, que le placenta ou l'arrière-faix, pour mieux dire, est retenu *décollé* dans l'utérus, retenu *par un obstacle mécanique :* la dilatation insuffisante de l'orifice par le fœtus minuscule des premiers mois ; et, à une période plus avancée de la grossesse, alors que le fœtus est plus gros, par cet

autre fait mécanique que « la matrice se referme aussitôt que l'enfant en est sorti ».

Ces idées théoriques devaient pousser, et ont poussé en effet, à des erreurs de pratique contre lesquelles il nous faut lutter encore aujourd'hui.

De même que les sages-femmes et les médecins du temps de Mauriceau s'acharnaient à amener l'expulsion de l'arrière-faix supposé décollé « avec des remèdes pris intérieurement, toutes drogues qui contribuent fort à faire venir la fièvre à la malade », de même, trop souvent encore de nos jours, on s'acharne à procurer l'expulsion par l'ergot qui n'aboutit qu'à contracturer l'utérus et à empêcher l'intervention manuelle lorsqu'elle devient nécessaire.

J'insiste donc sur ce point qui découle de l'observation des faits et d'une étude anatomo-pathologique plus serrée du mécanisme de la délivrance :

Placenta retenu dans l'utérus, au-dessus de ce qu'on appelle à tort l'orifice interne, après expulsion du fœtus, qu'il s'agisse de l'accouchement à terme, de l'accouchement prématuré ou de l'avortement, *implique l'adhérence persistante de l'arrière-faix en totalité ou en partie.*

Lorsqu'on pratique la délivrance manuelle, on n'a rien fait après avoir dilaté l'orifice dont la rétraction ou la dilatation insuffisantes sont accusées à tort de retenir l'arrière-faix qu'*il faut toujours décoller en totalité ou achever de décoller*.

Et la preuve indirecte de ce mécanisme de la réten-

tion, c'est que, quelle que soit la période à laquelle se fasse l'avortement, que la dilatation par le fœtus soit grande ou petite, le placenta est retenu, ce qui s'appelle retenu, *d'une façon exceptionnelle.*

Lorsqu'il ne présente pas d'adhérences anormales, il se décolle, et décollé il est expulsé aussi aisément que dans l'accouchement à terme.

Voici en effet ce que dit à ce sujet notre statistique :

Sur 400 cas où le temps qui s'est écoulé entre l'expulsion du fœtus et celle de l'arrière-faix a été noté, nous voyons que :

120 fois la délivrance naturelle s'est faite au bout de 15 minutes.

81 — — — 15 à 30 minutes.

78 — — — 30 m. à 1 heure,

soit, pour la moitié des cas, dans la demi-heure qui a suivi l'expulsion du fœtus;

et près de 2 fois sur 3 avant qu'une heure fût passée.

Pour les 131 cas restants :

83 délivrances se sont faites de 1 heure à 4 heures après l'expulsion du fœtus ;

26, de 4 heures à 24 heures après l'expulsion du fœtus. soit, sur 400 femmes avortées, 388 délivrées 24 heures après l'expulsion du fœtus.

Restent 12 femmes sur 400 chez lesquelles la délivrance n'a eu lieu qu'après 24 heures :

7 dans les 48 heures ;

2 dans les 72 heures ;

et 3 les 4e, 5e et 7e jours après l'expulsion du fœtus.

4 femmes seulement n'étaient pas délivrées (1) au moment de leur sortie de l'hôpital, c'est-à-dire au bout de 8 à 13 jours après le 1er temps de l'avortement.

Ainsi voilà qui est démontré : *la règle dans l'avortem en est la délivrance naturelle et rapide.*

La rétention du placenta est l'exception et la rétention prolongée au delà de 24 heures l'extrême exception.

La **conduite habituelle** à tenir dans la délivrance de l'avortement peut donc se résumer en peu de mots :

Si nous voulons bien admettre, ce que démontrent les statistiques, que dans les 24 heures qui suivent un avortement il ne saurait être en général question de rétention placentaire et que, dans ces 24 heures, la délivrance se fait naturellement dans l'immense majorité des cas, nous pouvons étendre à cette période de 24 heures la règle de conduite formulée pour la 1re heure qui suit l'accouchement prématuré ou à terme, lorsqu'il n'y a pas d'hémorrhagie inquiétante :

Laisser agir la nature pour le décollement total de l'arrière-faix ; surveiller les progrès du délivre, et lorsqu'il est engagé dans *le vagin*, aider à son expulsion.

Comment y aider ?

Les tractions sur le cordon sont contre-indiquées à cause de la faiblesse de cet organe, même si l'avortement est du 5e ou du 6e mois et si le fœtus a été expulsé vivant.

Il vaut mieux agir par expression ou pratiquer la délivrance vaginale manuelle.

(1) Tout au moins on n'avait pas vu le placenta qui avait pu être expulsé avant l'entrée à la Maternité.

On le voit, nous rejetons en principe la délivrance artificielle immédiate, tant prônée par Mauriceau, à laquelle on nous voudrait ramener, par crainte de la rétention possible de l'arrière-faix et des accidents qui en peuvent résulter, accidents dont l'observation suivante donne un excellent résumé.

Observation I (Mauriceau)

Le 8 février 1674, je fus mandé avec deux de mes confrères, pour voir une femme qui était avortée depuis 4 heures d'un enfant de trois mois, dont l'arrière-faix qui lui était resté dans la matrice, lui causait une grande perte de sang. Pour y remédier, je fus du sentiment de l'en délivrer sur l'heure, y trouvant de la possibilité par l'ouverture de la matrice, qui bien que médiocre était suffisante ; joint que la perte de sang humectant le passage rendait l'extraction de cet arrière-faix encore plus facile. Mais ces deux confrères, qui pour être mes anciens, n'en étaient pas plus capables, éludèrent mon sentiment, en disant qu'il y avait danger que par cette opération on ne fît une violence à la matrice, qui augmenterait cette perte de sang, ne considérant pas qu'elle n'était causée que par la rétention de cet arrière-faix.

« Ce terme de *violence* dont ils usèrent pour contrarier mon avis, fit que la malade aima mieux pour lors, commettre à la nature l'expulsion de ce corps étrange, comme ils lui conseillèrent, que de souffrir que je l'en délivrasse en ce temps, comme j'aurais facilement fait, si elle eût voulu me le permettre, sans différer au lendemain qu'elle me manda à ce sujet ; mais l'occasion en était passée ; car la matrice s'étant refermée, il n'y avait plus de possibilité d'en tirer cet arrière-faix, qui restant ainsi retenu en dedans, la mit en danger de la vie durant trois semaines, à cause des accidents qui lui arrivèrent, ainsi que je lui avais prédit, par la suppuration

de ce corps, étrange, dont l'infection lui causa, comme il arrive ordinairement en pareilles occasions, de très grandes douleurs vers la région de la matrice et des reins, une fièvre continue avec des redoublements, des suffocations de matrice, des excrétions sanieuses très fétides de cette partie et de fréquentes faiblesses durant tout ce temps. »

Mais si l'absention doit être la règle dans l'avortement, il faut bien savoir qu'il est des cas où la **délivrance immédiate** est indiquée.

Par exemple : l'**hémorrhagie**.

L'hémorrhagie de la délivrance est-elle donc, dans l'avortement (nous parlons toujours de notre limite arbitraire de 24 heures), un accident fréquent?

Oui, si nous en jugeons par la pratique de Mauriceau; non, si nous en jugeons d'après celle de l'école à laquelle nous appartenons.

Cette différence en faveur de la méthode actuelle nous paraît tenir à deux causes :

A l'usage des injections chaudes et surtout à l'abstention systématique de toute tentative de délivrance prématurée.

Si nous consultons notre statistique à ce point de vue, nous voyons que 9 fois seulement on a dû faire la délivrance artificielle avant qu'il se fût écoulé 24 heures après l'expulsion du fœtus, et que dans 6 de ces cas l'indication de l'intervention a été l'hémorrhagie.

Voici le résumé de ces observations.

Observation II

Pr..., Jeanne, 28 ans, couturière, entrée le 24 juin 1885 à la Maternité de Lariboisière.

IV pare. Terme de la grossesse, 5 mois.

Le 24 juin, à 1 h. du matin, la malade perd du sang. A 9 h. 1/2 son état demeurant alarmant, elle est transportée à l'hôpital. A son entrée elle est exsangue : muqueuses décolorées, respiration fréquente, dépression physique et morale.

Volume du ventre très considérable. Accouchement spontané, immédiatement après la rupture artificielle des membranes, de deux enfants, se présentant par le siège, tous deux vivants, pesant chacun 600 gr.

Aussitôt après, il s'écoule une notable quantité de sang noir, non mélangé de caillots. On sent le placenta engagé dans le col qui s'est reformé.

Injection intra-utérine à 48° ; l'utérus se contracte et expulse quelques caillots. On cesse l'irrigation au bout de 15 minutes.

30 minutes après, l'état s'aggravant, nouvelle irrigation. La femme ne perd pas, mais son état général est très mauvais. A 11 h. 1/2 des efforts d'expulsion amènent à la vulve une portion de placenta, mais on sent qu'une partie est encore adhérente. On pratique la délivrance artificielle qui se fait sans hémorrhagie. Placenta informe, déchiqueté, exsangue.

L'état général devient de plus en plus alarmant : pouls incomptable, état syncopal, vomissements.

A midi 1/2, la malade est prise de convulsions et meurt dans une syncope.

Les urines n'ont pas été examinées.

L'autopsie n'a pas été faite.

La mort de cette femme est imputable à la gravité de l'hémorrhagie qui a précédé l'avortement et l'arrivée à la Maternité, hémorrhagie que la rupture artificielle des membranes, faite à temps, aurait arrêtée net. Bien

que la rétention placentaire n'ait pas donné lieu à une hémorrhagie notable de la délivrance, il nous paraît indiqué, en pareil cas, de terminer immédiatement par la délivrance artificielle.

Observation III

Chez une secondipare (1er accouchement à terme) ayant expulsé après 14 heures de travail, accompagné d'hémorrhagie légère, un fœtus de 3 mois mort-né, enveloppé dans l'amnios désinséré du placenta à la naissance du cordon (pseudo-bloc), il y avait eu de ce chef tiraillement du placenta et décollement partiel de celui-ci. L'hémorrhagie continuant abondante 3 heures après l'expulsion du sac amniotique, on fit la délivrance artificielle. Arrêt immédiat de l'hémorrhagie. Suites de couches normales.

Observation IV

Une VIpare, blanchisseuse, accouchée 5 fois à terme d'enfants vivants, est prise au 5e mois de sa grossesse de petites hémorrhagies à répétition ; 15 jours après le début des accidents, rupture prématurée des membranes et 5 jours après, expulsion, après 14 heures de travail, d'un fœtus de 700 grammes, présentant le siège avec procidence du cordon, mort pendant le travail qui avait été marqué par un redoublement de l'hémorrhagie. Celle-ci ayant continué après l'expulsion du fœtus, on fit, 1 heure après, la délivrance artificielle. Le placenta était à moitié décollé. Suites de couches normales.

Observation V

VIII pare, accouchée 4 fois à terme et 3 fois avant terme d'enfants vivants. Enceinte de 6 mois 1/2, ayant expulsé après 6 heures de travail un fœtus vivant de 1,430 gr., mort

5 heures après. Délivrance artificielle 2 heures 15 après l'expulsion du fœtus, pour hémorrhagie.

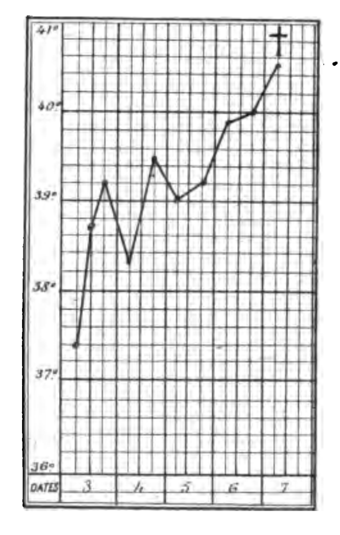
Observation VI

Clara R..., 24 ans, lingère.

II pare : 1re grossesse gémellaire : enfants morts de convulsions à 4 mois.

D. R. 2 août 1889. — Age de la grossesse, 6 m. 1/2. Pertes de sang au moment des époques menstruelles. Hémoptysies. Tuberculose. Température au moment de l'avortement, 38°. Vaginite granuleuse, leucorrhée abondante, soumise pendant 3 semaines dans le service à des injections antiseptiques.

Avortement le 1er juin. Grossesse gémellaire : 1er enfant



sommet, 2e siège ; 24 h. de travail. Déchirure légère du périnée produite par la sortie brusque de la tête du premier enfant. Après l'accouchement, hémorrhagie assez considérable (1300 gr.). Délivrance artificielle, 35 minutes après, par

Mlle Roze. Elle trouva dans la corne droite de l'utérus le placenta adhérent. Début des accidents le 2e jour. T. 39°. Irrigation continue. Morte le 6e jour de septicémie.

L'utérus renferme quelques détritus grisâtres et des débris de cotylédons placentaires adhérents.

Notez la délivrance artificielle immédiat pour hémorrhagie. La mort de la femme est due à l'infection due à quelque débris de cotylédons placentaires. Cela prouve une fois de plus que la délivrance doit être absolument complète et qu'il ne faut pas, en pareil cas, laisser soit à la nature, soit aux injections ou irrigations, le soin de terminer la délivrance. Il faut ne retirer la main que quand on est absolument sûr d'avoir fait place nette et la réintroduire sans hésiter s'il survient ultérieurement des accidents septiques.

(*A suivre.*) H. VARNIER.

L'INFLUENCE DE QUELQUES INFECTIONS AIGUES, NOTAMMENT L'ÉRYSIPÈLE ET LA SCARLATINE, SUR LA GROSSESSE (1).

L'influence exercée sur la marche de la grossesse par certaines maladies infectieuses aiguës n'est pas encore exactement déterminée. Aussi m'a-t-il paru qu'il n'était pas inutile de relever les cas de grossesse que j'ai observés, en six mois, dans le service d'isolement de l'hôpital

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux (décembre 1892).

Saint-Antoine, consacré au traitement de la scarlatine, de l'érysipèle, de la rougeole et de la diphtérie.

I

30 femmes enceintes sont entrées dans ce service ; elles se décomposent ainsi : scarlatine, 8 ; érysipèle, 19 ; rougeole, 2 ; diphtérie, 1.

Sur ces 30 *grossesses,* 16 *ont continué sans encombre,* et les malades sont sorties du service guéries depuis assez longtemps pour qu'il y ait lieu de penser que l'accouchement a dû ne se produire qu'à l'époque physiologique. Elles se répartissaient ainsi : 6 scarlatines (3 enceintes de six mois ; 1, de quatre mois, et 2, de trois mois) ; — 9 érysipèles (3 enceintes de sept mois ; 3, de cinq mois ; 1, de trois mois ; 2, de deux mois et demi) ; — 1 rougeole, enceinte de cinq mois.

6 *femmes ont accouché à terme* dans le service ; 5, sans aucun accident infectieux (érysipèles de la face ou du cuir chevelu) ; 1, atteinte d'érysipèle, a fait une tentative pour supprimer son enfant en le précipitant dans les cabinets d'aisances. Le troisième jour, elle présenta une température de 39 degrés, précédée d'un frisson et accompagnée d'une douleur au niveau de l'utérus ; un curettage a été pratiqué ; le lendemain, la température est retombée à 37°,5, pour ne plus se relever.

5 *fausses couches ont été observées :*

2 érysipèles de la face (grossesses de deux mois et deux mois et demi).

1 érysipèle ambulant du tronc, ayant eu pour point de départ une tumeur encéphaloïde du sein, récidivée après ablation à l'hôpital Saint-Louis ; la grossesse datait de cinq mois et demi ; on dut extraire au forceps, à cause de la lenteur du travail d'expulsion et du très mauvais état général de la malade, un fœtus macéré.

Les suites obstétricales furent parfaitement normales ; l'érysipèle dura encore quelque temps et s'éteignit complètement. L'ulcération cancéreuse a paru plutôt améliorée.

1 scarlatine (grossesse de trois mois).

1 diphtérie, grossesse de trois mois ; le croup, qui existait déjà quand le travail commença, nécessita une trachéotomie, et la malade succomba.

3 *accouchements prématurés ont eu lieu :*

1 érysipèle de la face, primipare ; l'enfant, de six mois et demi, mort au bout de six heures, ne présentait pas d'érysipèle apparent.

1 rougeole, multipare ; éclampsie, extraction rapide au forceps d'un enfant de sept mois qui mourut au bout de deux heures.

1 scarlatine, primipare ; accouchement, à sept mois et demi, d'un enfant qui a vécu.

II

L'analyse de ces 30 cas permet-elle d'en tirer quelques conclusions ?

Si nous prenons isolément les diverses maladies infec-

tieuses, nous voyons que : *sur* 8 *femmes enceintes atteintes de scarlatine*, 6 (enceintes de quatre à six mois) *ont guéri sans que leur grossesse fût interrompue.*

1 est accouchée prématurément à sept mois et demi d'un enfant vivant et qui a continué à vivre; 1 a fait une fausse couche de trois mois sans que ni l'une ni l'autre aient eu de suites de couches pathologiques.

Sur 19 *atteintes d'érysipèle*, 9 (enceintes de deux mois et demi à sept mois) *ont vu continuer sans encombre leur grossesse.*

5 ont accouché à terme sans aucun accident; les unes, en pleine évolution de l'érysipèle de la face, n'ont pas vu leur température augmenter, ni des accidents locaux ou septicémiques se manifester; *le streptocoque, qui produisait la dermite du visage et du cuir chevelu, n'a pas été une cause d'infection génitale.* Les autres étaient à peu près ou complètement guéries, mais leur lit se trouvait entre deux lits occupés par d'autres femmes atteintes d'érysipèle; chez elles non plus nous n'avons pas eu à constater le moindre indice de la pénétration du streptocoque par la plaie utérine.

1 est accouchée prématurément d'un enfant de six mois et demi qui n'a pas tardé à mourir, plutôt par faiblesse congénitale que par infection; du moins il n'avait pas de dermite érysipélateuse, ni de fièvre.

1 femme, ayant un érysipèle ambulant du tronc, a expulsé à cinq mois et demi un fœtus macéré; mais elle était dans des conditions complexes, puisqu'elle était

atteinte d'un cancer du sein qui, ayant récidivé rapidement après l'ablation, avait formé sur le thorax une vaste plaie; l'état général était des plus médiocres; il existait une adénopathie axillaire très développée; la malade s'acheminait vers la cachexie cancéreuse. Sur un terrain si mauvais, avec un érysipèle à marche extensive, il n'y a pas eu cependant de suites de couches pathologiques.

La seule femme érysipélateuse qui nous ait inspiré un jour d'inquiétude est celle qui, dans le but sans doute de faire périr son enfant, s'en était allée accoucher aux lieux d'aisances; elle a eu un commencement d'infection utérine, auquel le curettage a, je pense, coupé court.

Dans ce cas particulier, l'antisepsie avait dû être en défaut.

Car c'est là que j'en veux venir : *toutes ces femmes, gravides ou parturientes, ont été entourées des soins antiseptiques les plus minutieux*. Les conditions hygiéniques générales étaient des plus défectueuses; l'encombrement, permanent. Dans une salle, calculée pour contenir 10 lits en temps ordinaire, j'ai vu jusqu'à 25 malades atteintes de scarlatine ou de rougeole, dont plusieurs sur des matelas par terre, les lits étant si serrés les uns contre les autres qu'on ne pouvait circuler dans les intervalles.

Il n'a pas toujours été possible de séparer les érysipèles des scarlatines et des rougeoles. Seule l'antisepsie a toujours été rigoureuse, grâce à la présence presque constante dans le service de l'interne, M. Beaussenat. Convaincu, par une excellente éducation chirurgicale, de la puissance de

l'antisepsie, il a toujours veillé minutieusement à ce qu'aucun des soins antiseptiques ne fût négligé par un personnel trop souvent surmené à cause de son insuffisance.

Le hasard a fait que, parmi nos rougeoles, deux femmes seulement fussent enceintes ; l'une a continué sa grossesse, l'autre a eu de l'éclampsie et a mis au monde un enfant de sept mois, qui n'a vécu que deux heures et ne présentait pas d'exanthème.

La seule femme que nous ayons perdue, sur les 30 gravides, était atteinte d'une diphtérie des plus toxiques avec envahissement précoce du larynx. Elle a expulsé, peu avant de mourir, un fœtus de trois mois. Ce cas unique ne prouve rien au point de vue de l'influence de la diphtérie de la mère sur le fœtus. Le facteur de l'avortement n'était pas, du moins dans ce cas, l'hyperthermie. Était-ce le poison diphtérique ? Cela est possible, mais je crois que l'asphyxie progressive qui se produisait chez la mère, par suite de la sténose laryngée, a dû aussi entrer grandement en ligne de compte. Ainsi avortent les femmes soumises à l'asphyxie par la privation d'air respirable ou à l'intoxication oxycarbonique.

En résumé, je pense pouvoir déduire de ces faits les conclusions suivantes :

La scarlatine et l'érysipèle ont sur la marche de la grossesse une influence moins néfaste qu'on ne le croit.

L'hyperthermie prolongée est surtout à redouter et on réussit en général à l'éviter en prenant toutes les trois heures la température des malades, et en les soumettant au bain

tiède refroidi progressivement ou au bain froid d'emblée, suivant leur impressionnabilité.

Quand une femme atteinte d'érysipèle ou de scarlatine, ou se trouvant en contact avec des malades atteintes de ces deux infections, vient à faire une fausse couche ou un accouchement prématuré, on peut, grâce à l'antisepsie, prévenir toute infection par les voies génitales.

Les enfants nés dans ces conditions peuvent être indemnes de lamaladie de la mère.

P. Le Gendre.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

(*Topique contre l'angine diphtérique.*)

Glycérine phéniquée camphrée.

Acide phénique	5 gr.
Camphre	10 gr.
Acide tartrique	1 gr.
Alcool à 36°	5 gr.
Glycérine	20 gr.

pour faire des attouchements sur les points de la muqueuse envahis par les fausses membranes diphtériques.

J'ai employé ce mélange, qui ne diffère guère de la mixture de Gaucher que par la substitution de la glycérine à l'huile d'olives, dans des cas où des enfants étaient écœurés par le goût de l'huile. Il est plus adhésif aussi.

P. L. G.

Le gérant: G. STEINHEIL.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

OBSTÉTRIQUE

PÆDIATRIE

FORMULAIRE

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

TRAITÉES DANS LES CINQ PREMIERS VOLUMES DE LA REVUE

Lorsqu'en 1888, nous avons entrepris la publication mensuelle de cette *Revue pratique d'Obstétrique d'hygiène de l'enfance et de Pædiatrie*, nous nous sommes proposés de faire de ce recueil une sorte de guide où le médecin praticien et la sage-femme puissent trouver, exposées en détail et avec un grand nombre d'observations cliniques à l'appui, l'indication de la conduite à tenir dans les principales circonstances de l'obstétrique et de la pædiatrie journalières.

Le moment nous paraît venu de dresser la Table des matières traitées dans les cinq premiers volumes, quand ce ne serait que pour répondre à certaines questions que nous adressent parfois nos nouveaux abonnés.

OBSTÉTRIQUE

Pour la partie obstétricale, nous avons pris modèle sur Madame Lachapelle, et cherché à faire de chacun de nos articles une *leçon clinique*, et de tous ensemble, *un cours pratique d'accouchement* qui pourra être complet en une dizaine d'années, tout en restant constamment perfectible. Chaque mémoire est un recueil de conseils appuyés sur l'expérience des maîtres, et accompagnés d'exemples empruntés aux archives de la Maternité de Lariboisière et de la Clinique Baudelocque, exemples destinés, dans notre pensée, à faire participer les praticiens, depuis plus ou moins longtemps éloignés de Paris, au mouvement quotidien d'un grand service hospitalier. C'est dans cet esprit qu'ont été traités dans cette revue les chapitres suivants dont nous donnons l'énumération par année :

TOME I (1888).

TOME II (1889).

HYGIÈNE DE L'ENFANCE ET PÆDIATRIE

Tome II (1889).

Tome III (1890).

Tome IV (1891).

TOME V (1892).

FORMULAIRES THÉRAPEUTIQUES

(1888).

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

B-X

